Nr. 35. 1. września 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Wł. CHŁOPICKI, asystent Kliniki neurologicznej, Kraków
Dr. Br. STĘPOWSKI, asystent Kliniki położniczej.

W sprawie Polyneuritis gravidarum.

Z Kliniki neurologicznej U. J. (Dyr.: Prof. Dr. Piltz) i z Kliniki położniczej U. J. (Dyr.: Prof. Dr. Rosner)

Rozbieżne naogół drogi ginekologa i neurologa schodzą się częstokroć przy łóżku kobiety ciężarnej — twierdzi Aleksandrow, opisując przypadek polyneuritis Korsakowi w przebiegu ciąży. Wspólnym ich objektem zainteresowań — dodajmy od siebie —są zwłaszcza nerwowe objawy t. zw. zatruć ciążowych, wśród których względnie najczęściej występują wymioty i rzucawka porodowa, rzadziej — zapalenie wielonerwowe i *cerebropathia toxica* (psychoza Korsakowa), jeszcze rzadziej zapalenie rdzenia (*myelitis*), i do wyjątków wprost należące przypadki ciążowego toksycznego zapalenia mózgu.

Polyneuritis gravidarum znana jest stosunkowo niedawno. I chociaż opisy przypadków Imberta-Gourbeyera jeszcze z roku 1861 świadczą, że z objawami *polyneuritis gravidarum* spotykano się już dawno, to jednak nie rozumiano ich odrębności patogenetycznej i ujmowano je ogólnie, jako porażenia pourazowe — względnie zakaźne pod mianem t. zw. porażeń połogowych (*„Graviditätslähmungen"* względnie *„Puerperallähmungen"*.

Dopiero Moebius w r. 1887 zwrócił uwagę na toksyczne pochodzenie zapaleń nerwów w czasie ciąży, opisując pod nazwą *polyneuritis puerperalis* siedm przypadków w prawidłowym bezgorączkowym połogu z zajęciem *nervus medianus i ulnaris.* Moebius powyższy typ porażeń (typ ręczny) uważa za charakterystyczny dla *polyneuritis puerperalis* i występujący wcześniej od porażeń innych nerwów.

Nieco później Tuillant opisał przypadek *polyneuritis puerperalis,* rozpoczynający się — wbrew opinji Moebiusa — od kończyn dolnych, ustalając w ten sposób „typ nożny" porażeń.

Od tego czasu pojawił się cały szereg opisów ciężkiego polyneuris puerperalis z zajęciem kończyn górnych i dolnych oraz — w specjalnie ciężkich przypadkach — zajęciem nerwów czaszki. Podobne przypadki opisali: Desnos, Pinard i Joffroy, Korsakow, Sołowjow, Stiefel, Mader, Johansenn, Lunz, Sottas, Withfield, Eulenburg, Saenger, Alexandrow, Farani i inni.

Ponieważ bardzo często zapalenie nerwów opisywano w czasie ciąży — Eulenburg nazwał je wielonerwowemi porażeniami ciąży *(Schwangerschaftspolyneuritis),* podkreślając brak wyraźnej różnicy pomiędzy porażeniami końca ciąży, a porażeniami okresu połogowego.

W rok później, Köster opisując przypadek takiego zapalenia nerwów zaznacza, że porażenia podobne mogą występować we wszystkich okresach ciąży i połogu. A w zestwieniu Hösslina, z 92 przypadków porażeń nerwów 36 wystąpiło przed porodem, 56 po porodzie. Hösslin przy tem zwraca uwagę na niemożność przeprowadzenia ścisłego podziału pomiędzy zapaleniem nerwów w ciąży i w połogu. Ponieważ porażenia takie albo rozwijają się w czasie ciąży, albo zjawiają się dopiero z końcem ciąży, aby do swego szczytu dojść podczas połogu, albo wreszcie pojawiają się w bardzo krótkim czasie po rozwiązaniu, koniecznem jest przyjęcie, zdaniem Hösslina, dla wspomnianych porażeń jakiejś jednej wspólnej przyczyny, powstającej w czasie ciąży.

Siemerling oświadcza wręcz, że *polyneuritis gravidarum i polyneuritis puerperalis* są identyczne co do etjologji i przebiegu, co naszem zdaniem, najzupełniej usuwa niejasności, panujące w tej dziedzinie, z powodu istnienia podwójnego mianownictwa uwarunkowanego niedostatecznem zrozumieniem patogenezy *polyneuritis puerperalis i gravidarum.* I o ile dawniej autorzy nazywali te porażenia przeważnie *polyneuritis puerperalis,* to obecnie bardziej etjologiczną wydaje się nam nazwa *polyneuritis gravidarum, ze* względu na przypisywanie ciąży znaczenia rostrzygającego w powstawaniu wszelkiego rodzaju zatruć ciążowych, do których, jak już nadmienialiśmy, zaliczono i *polyneuritis gravidarum.*

Z licznych opisów, a zwłaszcza ze szczegółowych zestawień, dokonanych przez Eulenburga, Remaka, Hösslina, Taube przekonano się, że lekkie przypadki *polyneuritis gravidarum,* t. zw. odosobnione postacie z ograniczonemi porażeniami, nie wykazują jakiegoś określonego typu i że jedynie w przypadkach porażeń kończyn górnych najczęściej występują opisane przez Moebiusa, jako charakterystyczne dla *polyneuritis „puerperalis"*, porażenia *n. medianus i n. ulnaris,* że spotykamy tu zarówno porażenia kończyn górnych, jak i dolnych, a nawet jednostronne porażenia nerwu twarzowego (Bernhardt, Remak, Charpentier) i odosobnione zapalenia nerwów ocznych (Heinzel, Saenger, Knaggs, Valude). Natomiast nie możemy tego powiedzieć o ciężkich uogólniających się zapaleniach nerwów w ciąży. Tu uwidacznia się pewien typ, przeważa pewien określony obraz kliniczny. Porażenia te występują systematycznie, Zaczynają się zazwyczaj z kończyn dolnych, przechodzą później na kończyny górne, często również na mięśnie tułowia (Fussel i Lunz opisali przypadki zstępującego typu porażeń — z kończyn górnych na dolne) — w wyjątkowo ciężkich przypadkach dołączają się do tego porażenia o typie opuszkowym — zaburzenia w połykaniu, mowie, utrata głosu i t. d. Przeważają przedewszystkiem porażenia sfery ruchowej, nerwy czuciowe albo są prawie zupełnie nie zaatakowane albo też porażenie czuciowe stoją na drugiem miejscu.

Porażenia te na ogół sa dobrotliwe, przemijające — występują one przynajmniej częściej od postaci złośliwych, o charakterze porażeń Landry'ego, o złem albo wątpliwem rokowaniu — cofają się zwykle w kierunku odwrotnym od kierunku rozszerzenia się, t. zn. przeważnie od góry ku dołowi; najkrócej utrzymują się porażenia późniejsze, najdłużej — pierwsze; na skutek tego porządku ustępowania porażeń często w ciężkich i długotrwałych przypadkach *polyneuritis gravidarum,* nerwy kończyn dolnych ulegają zmianom wstecznym i sprawność ruchowa tych kończyn nie ulega zupełnej odnowie.

Wreszcie cechują ciężkie uogólniające się przypadki *polyneuritis gravidarum* występujące często w przebiegu ich zaburzenia psychiczne w postaci amnestycznego zespołu Korsakowa oraz uporczywe i silne wymioty, poprzedzające wystąpienie porażeń.

Zespół Korsakowa charakteryzuje się wybitnem upośledzeniem pamięci i uwagi, oraz skłonnością do konfabulacji — do wypełnienia istniejących luk pamięciowych dowolną, zmyśloną treścią; chorzy nie zdradzają przytem halucynacyj ani urojeń, ich zachowywanie się jest naogół odpowiednie i poprawne; wprawdzie czasami w początkach psychozy występują stany pomięszania i stany lękowe, jednak w dalszym przebiegu na czoło wysuwają się zwykle amnezja i konfabulacja.

Pozwolimy sobie w tem miejscu przypomnieć ciekawy szczegół, że początkowo nazwał Korsakow opisany przez się zespół *psychosis polyneuritica* jako skojarzenie objawów psychicznych z objawami ze strony nerwów obwodowych w przebiegu zakażeń i zatruć wszelkiego rodzaju, jak dur, gruźlica, zatrucia ołowiem, arsenem, tlenkiem węgla, sporyszem, a przedewszystkiem alkoholem.Później jednak pod wpływem zarzutów całego szeregu autorów (Tilling, Babiński, Ross, Séglas, Gudden, Jolly, F. Schulze) którzy twierdzili, że w wielu przypadkach opisanej psychozy, z wyjątkiem przypadków alkoholizmu przewlekłego nie dało się wykryć wyraźnego zajęcia nerwów obwodowych zmienił nazwę na *„cerebropathia toxaemica"*, poprawiając w ten sposób pierwotną nazwę w kierunku bardziej wyłącznego zajęcia mózgu. W przypadkach zaś uogólniającej się *polyneuritis gravidarum,* mamy obraz tej właściwej *psychosis polyneuritica,* która najbardziej odpowiada obrazowi zespołu Korsakowa w przypadkach alkoholizmu przewlekłego. Hösslin podkreśla właśnie fakt, że zespól Korsakowa w *polyneuris gravidarum* występuje nawet częściej, jak w przypadkach alkoholizmu przewlekłego i jako dowód przytacza swą dużą statystykę, gdzie na 46 przypadków uogólniającej się *polyneuritis gravidarum* 17 — wykazuje zespół Korsakowa.

Co do uporczywych wymiotów, to o nich nadmienia prawie każdy autor, opisujący przypadki ciężkiej *polyneuritis gravidarum.* Są one pierwszym objawem, poprzedzającym częstokroć na kilka miesięcy wystąpienie porażeń i dlatego w sprawie patogenetycznej roli uporczywych wymiotów przy powstawaniu *polyneuritis gravidarum* istnieje pewna rozbieżność. Jedni jak Köster i Seige dopatrują się w nich czynnika wywołującego porażenia z powodu silnego wyniszczenia nimi ustroju kobiety ciężarnej, inni znów,

jak Johansen, Saenger, Mader przeczą temu sprowadzając znaczenie wymiotów do rzędu jednego z objawów wzgl. następstw zatrucia ciążowego.

Simerling zwraca szczególną uwagę na wymioty, porażenie nerwów i psychozę Korsakowa, jako na zespół objawów, występujących często w przebiegu ciąży i połogu. Albeck ustala ponadto pewną typową kolejność tych objawów w przebiegu *polyneuritis gravidarum*. Najpierw mają być wymioty, po ich ustąpieniu rozwija się psychoza Korsakowa, po której znów przychodzi porażenie nerwów. Wprawdzie przypadki Stembo, Turney'a, Eulenburga i Bayle'a, w których psychoza Korsakowa wystąpiła po porażeniach lub przypadki Boultona, i Madera gdzie psychoza Korsakowa i porażenia wystąpiły równocześnie, nie potwierdzają ściśle typowej kolejności w znaczeniu Albecka, jednak pewna kolejność tych objawów istnieje, jak dowodzą przypadki Eulenburga i Hahna, gdzie po przerwaniu ciąży wskutek uporczywych wymiotów — wymioty ustąpiły, ale rozwinęły się porażenia kończyn.

Samej natury jadu dotąd nie znamy; przyczyny powstania tego jadu należałoby się dopatrywać w płodzie lub łożysku, jako w czynnikach, wywołujących szereg zmian w przemianie materji kobiety ciężarnej. Może jak chce np. Pineles, Nikołajew i inni, powstaje on w wątrobie. Za hypotezą tą przemawiają z jednej strony znane ogólnie zmiany, jakim ulega wątroba w czasie ciąży, z drugiej przypadki zapalenia nerwów, opisywane przy żółtaczce zakaźnej z marskością wątroby, jak również stwierdzenie urobilinurji w przebiegu *polyneuritis gravidarum*. Naturalnie, że przytoczona hypoteza wymaga potwierdzenia w odpowiednich badaniach czynności wątroby i przemiany materji w *polyneuritis gravidarum*.

Po powyższych uwagach ogólnej natury przechodzimy do krótkiego opisu, spostrzeganego przez nas przypadku ciężkiej *polyneuritis gravidarum*.

Pacjentka SS. zamężna, pierwiastka. Przyjęta do kliniki położniczej U. J. 13. X. 1927.

Wywiady zebrane od chorej i jej matki:

Ojciec chorej zmarł młodo — niewiadomo z jakiej przyczyny. Alkoholu nie nadużywał.

Matka lat 47 łagodnego, dobrego usposobienia.

Rodzeństwo pacjentki: z 4-ga rodzeństwa najstarszą jest pacjentka, 2-je zmarło we wczesnym dzieciństwie, 1 brat, najmłodszy, żyje ma być zdrowy.

Pacjentka zaczęła chodzić w pierwszym roku życia; na krzywicę nie chorowała. Przez czas dłuższy nie mówiła, rzekomo wskutek wypadnięcia z kołyski. *Enuresis nocturna, pavor nocturnus*, drgawek w dzieciństwie nie miała. Przebyła płonicę. W szkole uczyła się dobrze.

Miesiączka w 14 roku życia; następne co 4 tygodnie, regularne, miernie obfite, do 5 dni trwające, niebolesne. Zamąż wyszła w 23 roku życia.

Z usposobienia — wrażliwa, uczuciowa, przejmująca się.

W lutym b. r. ostatnia miesiączka. W drugim miesiącu ciąży rozpoczęła się obecna choroba — bezsennością, bólami głowy, napadami lęku (zrywała się w nocy, zdawało się jej, że się pali w kominie i t. d.). Nieco później pojawiły się uporczywe wymioty, które doprowadziły niebawem do znacznego osłabienia, gdyż chora nie przyjmowała wogóle żadnych pokarmów. Stan jej zdrowia nakłonił matkę do przewiezienia jej do domu (3. V. b. r. t. zn. w 3 m. ks. ciąży). Do tego czasu, a nawet do połowy 4 m. ks. ciąży mogła jeszcze sama chodzić o lasce lub z pomocą drugiej osoby. Z końcem 4 m. ks. ciąży była już jednak tak słaba, że podczas 3 minutowego badania lekarza — zemdlała. Od 4 m. ks. ciąży zaburzenia pamięci — chora b. łatwo zapominała, zwłaszcza zdarzenia najświeższe — co jadła na obiad, kto ją odwiedził i t. d. Matkę to miało uderzyć i z tego powodu umyślnie chorą kontrolowała. Stan ogólnego zdenerwowania, lęku utrzymywał się nadal, również, jak bóle głowy i uporczywe wymioty. 21. VI. 1927 w kilka dni po oględzinach lekarskich pojechała do szpitala, gdzie przebywała do 30. VI. 1927 i skąd wyszła na życzenie rodziny w stanie bez zmian. W szpitalu stwierdzono *hyperemesis gravidarum in gravida* IV m.: wybitne osłabienie serca; język lekko obłożony, żółtaczkowe zabarwienie skóry i twardówek oczu; w płucach żadnych zmian o charakterze ostrym, jedynie lekkie zaostrzenie szmerów oddechowych; wątroba powiększona, sięga na 3 palce poniżej łuku żebrowego. Ciepłota ciała poniżej 36.6 C⁰. Wypróżnienia dwa razy na tydzień. Otrzymywała czopki kamforowe 3 razy dziennie i 10% roztwór coffeini natriobenzoici trzy razy dziennie po 15 kropli. Ciąży nie przerwano.

W lipcu (V. m. ks.) po powrocie ze szpitala wymioty i bóle głowy ustąpiły, ale chora nie mogła już chodzić o własnych siłach stale leżała, przeważnie na boku. Żadnych bólów w obrębie kończyn nie miała. W VI. m. ks. uczuła się podmiotowo lepiej, ale w tym okresie pojawiły się obrzęki na stopach i przykurczenie kończyn dolnych w stawach kolanowych. Nieco później miało się pojawić też przykurczenie (zgięcie) podstawowej falangi 4 palca prawej ręki. W obydwu rękach odczuwała chora od VII. m. ks stałe drętwienie, drętwienie to występowało czasowo już od V. m. ks. ciąży. W VIII. i IX. m. ks. ciąży stan utrzymywał się bez zmian.

Stan obecny:

Wzrost średni. Budowa dobra. Wybitne wychudzenie. Skóra sucha, blada. Śluzówki słabo ukrwione. Stopy, zwłaszcza lewa, nieznacznie obrzękłe, sinawo zabarwione, bez żylaków. Gruczoły niepowiększone. Na twarzy *chloasma uterinum*. Kończyny dolne zgięte i przykurczone w stawach kolanowych. Ruchomość kręgosłupa prawidłowa. Miednica kostna prawidłowa.

Serce: w granicach prawidłowych; tony serca głuche, podmuch skurczowy nad końcem serca. Tętno około 92, miarowe, słabo napięte. Ciśnienie krwi D: 60, S: 120, RR.

Płuca: stwierdza się tylko skrócenie odgłosu wypukowego w szczytach. Szmery pęcherzykowe nieznacznie zaostrzone. W szczytach wydech słyszalny.

W organach jamy brzusznej poza nieznacznem powiększeniem wątroby żadnych zmian chorobowych.

Badanie moczu białka ani cukru nie wykazało. Ciężar gatunkowy 1019. Odczyn kwaśny. W osadzie nic nieprawidłowego. Badanie krwi na odczyn Wassermana i Meinickego dało wynik ujemny. Sutki: małe, pełne, o średnio rozwiniętym utkaniu gruczołowem. W sutkach czysty klej.

Przy badaniu przez powłoki brzuszne stwierdza się macicę w linji środkowej, nieznacznie przechyloną na prawo, sięgającą 5 palców ponad pępek. Położenie i ułożenie płodu zmienne. Płód żyje. Tętno jego słyszalne, zupełnie wyraźne, ilość uderzeń około 140 n/m. Chorej przez pochwę w dniu przyjęcia nie badano.

Ze względu na zaburzenia ze strony układu nerwowego przesłano chorą do przebadania na Klinikę neurologiczną U. J.

Badanie w Klinice neurologicznej wykazało:

Chora szczegóły, dotyczące przebiegu jej choroby podaje zmiennie i niepewnie, czasami odnosi się wrażenie, jak gdyby nie ufała swojej pamięci.

Przedmiotowo: N. n. czaszki: źrenice równe, szerokie, dobrze oddziaływają na światło i akomodację. Ruchy gałek ocznych prawidłowe. Oczopląs drobnofalisty poziomy *nystagmus horizontalis* przy patrzeniu w bok. Lekkie drżenie powiek przy zamkniętych oczach. Język wysunięty drży lekko. W punktach uciskowych n. trójdzielnego nie stwierdza się zwiększonej wrażliwości na ucisk. Zaburzeń czucia w zakresie n. trójdzielnego brak.

Kończyny górne: IV. palce obu rąk zgięte w kierunku dłoniowym — po pr. stronie przykurczenie podstawowej falangi w tymże zgięciu. Palce V. obu rąk odprowadzone, w lekkiem zgięciu dłoniowem. Przy otwieraniu ręki złożonej w pięść II. palce obustronnie stawiają bardzo słaby opór. Sprawność ruchowa palców upośledzona.

Odruchy bi-i-tri-cipitalne obustronnie zniesione. Odruchy okostnowe osłabione, równe. Mierna bolesność uciskowa mm. i pni nerwowych. Odruchy brzuszne żywe, równe.

Kończyny dolne — zgięte w stawach biodrowych i kolanowych. Stopy w zgięciu podeszwowem. Zaniki mięśni podudzi, mniej wyraźne ud. Ruchy palców zaznaczone, gorsze po stronie lewej. Ruchy stóp zniesione, po prawej stronie zaznaczony ruch skręcenia na zewnątrz. W stawach kolanowych ruchy czynne zachowane, ale upośledzone (przykurczenia) w stawach biodrowych ruchy prawidłowe. Wiotkość mięśni, najwyraźniejsza w częściach obwodowych kończyn. Wyprostowanie bierne w stawach kolanowych niemożliwe z powodu przykurczeń. Odruchy kolanowe i Achillesowe zniesione obustronnie. Odruchów patologicznych brak. Wyraźna bolesność uciskowa mm. i pni nerwowych.

Czucie: Lekkie obniżenie czucia bólu i termicznego na kończynach górnych w postaci „rękawiczki", granica upośledzenia czucia sięga nieco wyżej stawu garstkowego.

Obniżenie czucia dotykowego, bólowego i termicznego na kończynach dolnych w postaci „skarpetki" granica upośledzenia czucia kończy się nieco poniżej połowy długości podudzia. Obniżenie czucia położenia obustronnie, większe po stronie lewej. Badanie elektro-motorycznej pobudliwości mięśni i nerwów kończyn górnych nieprawidłowości nie wykazało. Natomiast w kończynach dolnych stwierdzono odczyn zwyrodnienia w obrębie mięśni wyprostnych na podudziu oraz mięśni i nerwów strzałkowych.

Badanie oczne w klinice okulistycznej wykazało:

Prawe oko: bystrość prawie że normalna.

Lewe oko: bystrość z korekcją prawidłowa.

Dno oczu bez zmian. Pole widzenia prawidłowe.

Podczas pobytu w Klinice neurologicznej U. J. ciepłota ciała przez cały czas prawidłowa. Przeniesiona z powrotem do Kliniki położniczej U. J. dnia 27. X. 1927.

29. X. ze względu na ogólny stan chorej postanowiono wywołać poród, tembardziej, że dziecko było już zdolne do życia (IX, m, ks.) i w tym celu usiłowano założyć balon (metreurynter) do wnętrza macicy. Z powodu przeszkody ze strony główki nie udało się tego dokonać, poprzestano zatem na przebiciu pęcherza płodowego.

30. X. Ponieważ bóle nie wystąpiły, mimo, że od przebicia pęcherza płodowego minęło 16 godz., podano ol. ricini i chininum sulfuricum po 0,5, 3 razy w ciągu dnia.

Pod wieczór rozpoczęły się silne bóle porodowe.

31. X. Poród o godzinie 12,30 siłami natury. Urodziło się dziecko płci żeńskiej, wagi 2250 gr, długości 45 cm, żywe. Łożysko odeszło w dwie godziny później przy zastosowaniu zabiegu Crede'ego. Łożysko wagi 500 gr, okrągłe, o wymiarach 15 × 15, urodzone w całości. Strata krwi w III. okresie porodu cå 200 cm. Obrażeń dróg porodowych poza przerwaniem wędzidełka nie stwierdzono. Poród trwał 53 godz. 30 min. Chora silnie osłabiona.

1. XI. Ciepłota ciała 36,4° C. Tętno dobrze napięte, Macica twarda, sięga dnem na trzy palce poniżej pępka. Odchody krwawe. Dziecko ma się dobrze.

Celem usunięcia przykurczeń kończyn w stawach kolanowych założono na nie wyciągi i obciążono każdą stopę 2 kg.

2. XI. Macica zwija się dobrze, sięga trzy palce nad spojenie łonowe. Odchody krwawe, obfite. Dziecko ma się dobrze, waży 2150 gr. Położnica bardzo osłabiona. Ciepłota ciała 37° C. Tętno 72, miarowe, dobrze napięte.

3. XI. Ciepłota ciała 37,1° C. Tętno 70. Ciśnienie krwi D: 65, S: 105 RR. Chora czuje się podmiotowo lepiej. Ze sutków obficie wydziela się mleko. Dziecko zdrowe, wagi 2175 gr. Pępowina odpadła.

4. XI. Ciepłota ciała 37,2° C. Tętno cå 80 miarowe. Ciśnienie krwi D: 60, S: 110 RR. Macica dobrze zwinięta, twarda sięga na dwa palce nad spojenie łonowe. Odchody surowicze, lekko krwią podbarwione. Noga lewa w stawie kolanowym już wyprostowana. Dziecko zaczyna przybierać na wadze (2200 gr).

5. XI. Chora czuje się dobrze. Ciepłota ciała prawidłowa.

7. XI. Macica ledwie wyczuwalna nad spojeniem łonowem. Odchody surowicze. Wyciąg z obu kończyn dolnych zdjęto. Nogi w stawach biodrowych i kolanowych wyprostowane. Z każdym dniem wygląda lepiej.

8. XI. Ciepłota ciała prawidłowa. Tętno miarowe, dobrze napięte, 72. Dna macicy już się nad spojeniem łonowem nie wyczuwa. Odchody surowicze. Ciśnienie krwi D: 55, S: 105 RR.

9. XI. Czuje się znacznie lepiej. Próby chodzenia przy pomocy pielęgniarki, nogami jeszcze jednak nie włada. Dziecko zdrowe, waży 2200 gr.

11. XI. Codziennie próby chodzenia przy pomocy pielęgniarki. Podmiotowo czuje się bardzo dobrze. Odchody skąpe, surowicze.

12. XI. Ciepłota ciała prawidłowa. Macica schowana poza spojeniem łonowem. Dziecko waży 2250 gr.

15. XI. Ciepłota ciała prawidłowa. Tętno miarowe, dobrze napięte. Ciśnienie krwi RR 60/110. Odchody skąpe. Dziecko ma się dobrze, waży 2250 gr

Przeniesiona do Kliniki neurologicznej U. J. celem przeprowadzenia dalszego leczenia.

16. XI. Chora leży w łóżku z kończynami dolnemi wyprostowanemi w stawach kolanowych i biodrowych. Obrzęku w okolicy stawów skokowych i na stopach już się nie stwierdza. Jakkolwiek chora po porodzie czuje się znacznie lepiej, wychudzenie, bladość skóry, sinica na wargach i końcach palców utrzymuje się nadal, chociaż w mniejszym stopniu.

N e r w y c z a s z k o w e: Oddziaływanie źrenic na światło i akomodację żywe. Przy ubocznych ustawieniach gałek ocznych drobnofalisty oczopląs poziomy. W obrebie innych nn. czaszkowych nie stwierdza się nieprawidłowości.

K o ń c z y n y g ó r n e: Podstawowa falanga IV. palca prawej ręki mniej zgięta w kierunku dłoniowym, jak poprzednio. Palce V. obu rąk nie są odprowadzone. Pozatem stan jak poprzednio.

Odruchy brzuszne żywe, równe.

K o ń c z y n y d o l n e: Stopy w zgięciu podeszwowem. Palce duże obu nóg zgięte również w kierunku podeszwy, ku dołowi. Ruchy czynne w stawach biodrowych i kolanowych prawidłowe, — siła tych ruchów mniejsza, niż normalnie. Ruchy palców upośledzone jak poprzednio, gorsze po stronie lewej. Podnieść nóg chora nie może, przy zginaniu i wyprostowywaniu w stawach kolanowych suwa stopą po łóżku. Mierna bolesność uciskowa mięśni i pni nerwowych. Poza tem stan jak poprzednio.

C z u c i e: Brak zaburzeń czucia w obrębie kończyn górnych. Obniżenie czucia powierzchownego na dolnych kończynach odpowiada granicom ustalonym w badaniu poprzedniem. Zastosowano masaż, galwanizację kończyn dolnych, KJ × 2.

29. XI. Siły chorej wracają; z każdym dniem czuje się lepiej. Łaknienie ma dobre. W ciągu tygodnia przybyło jej 2 kg.

Przy zginaniu nóg w stawach biodrowych może chora obecnie unieść podudzie wraz ze stopą ku górze, może również unieść całą kończynę na wysokość kilku centymetrów od poziomu i utrzymać ją w tem położeniu przez chwilę. Przy wykonywaniu próby pięto-kolanowej chora wykazuje wyraźną niezborność (wskutek porażeń).

W zakresie czucia utrzymuje się stan, jak poprzednio.

12. XII. Samopoczucie dobre. Łaknienie dobre. Sen spokojny. W ostatnim tygodniu przybyło jej znowu 2 kg. Palec IV. ręki prawej zgina się i wyprostowuje, jak i inne palce; ustawiony jest prawidłowo. Ruchy w obrębie kończyn dolnych zyskują coraz więcej na sile. Zaczęto stosować ciepłe kąpiele.

31. XII. Siła ruchów w obrębie kończyn utrzymuje się bez zmian. Odruchów kolanowych i achillesowych wywołać nie można.

W zakresie czucia stan jak poprzednio. Chora w ciągu 2 tygodni zyskała na wadze 4 kg. Może już stać o własnych siłach.

12. I. 1928. Chora przybrała znów $1^1/_2$ kg na wadze. Czuje się silniejszą. Przedmiotowo żadnych wyraźnych zmian od ostatniego badania.

21. I. Stale przybywa na wadze. Może już chodzić bez pomocy pielęgniarki, jednak przy chodzeniu opiera się o łóżka.

Odruchów kolanowych i achillesowych wywołać nie można.

Brak bolesności uciskowej mięśni i nerwów kończyn dolnych. Łaknienie dobre. Sen spokojny. Stolce regularne. Zaczęto stosować galwano-faradyzację kończyn dolnych. Inj. strychniny.

5. II. Chodzi coraz pewniej. Odruchów ścięgnistych na kończynach dolnych wywołać nie można.

22. II. Chora podaje, że przy chodzeniu stopy nie zwisają już tak, jak poprzednio, przedmiotowo jednak tego się nie stwierdza. Może przejść kilka kroków bez trzymania się sprzętów.

23. II. Ze względu na utrzymujący się oczopląs skierowano chorą na klinikę otjatryczną do przebadania aparatu przedsionkowego.

Badanie aparatu przedsionkowego wykazało: pobudliwość na bodźce obrotowe i kaloryczne zmniejszona, może nieco wyraźniej dla prawego ucha. Drżenie samoistne przy 50 cm^3 — 18° C z ucha prawego nie wstrzymane, z lewego — wyraźnie zwolnione. Natomiast drażnienie prądem galwanicznym daje już przy słabym prądzie lekkie odchylenie w lewo (dla próby wskaźnikowej).

24. II. Chora porusza się samodzielnie po izbie, może przejść sama kilkanaście kroków — wyraźny „chód brodzacego".

Oczopląs poziomy — przy bocznych ustawieniach gałek ocznych. Poza tem nn. czaszki bez zmian.

K o ń c z y n y g ó r n e: Ruchy czynne sprawne, szybkie. Również sprawne złożone ruchy palców. Odruchy bi-i-tri-cipitalne obustronnie zniesione. Odruchy okostnowe miernie żywe, równe. Zaburzeń czucia brak.

K o ń c z y n y d o l n e: Stopy w zgięciu podeszwowem. Zaniki mięśni podudzi, mniej wyraźne — ud. Zaznaczone ruchy palców, bardziej po prawej stronie. Odruchy kolanowe i achillesowe obustronnie zniesione. Odruchów patologicznych brak. Niezborności (próba piętowo-kolanowa) brak. Brak bolesności uciskowej mm. i nn.

C z u c i e: Obniżenie czucia dotyku w postaci „skarpetki" z górną granicą powyżej kostek na nodze lewej; nieco niżej sięga granica obniżenia czucia cieplnego i bólowego. Na nodze prawej obniżenie wyłącznie czucia cieplnego do poziomu kostek. Obniżenie czucia położenia palców nóg — wyraźniej po stronie lewej.

27. II. Przeniesiona na oddział neurologiczny (dawniej była na spokojnym psychjatrycznym). Ze zmiany oddziału ogromnie niezadowolona, mimo zapewnień, że to oddział dla zupełnie spokojnych chorych. Głośno płacze przez kilka godzin i żąda od odwiedzającej ją matki w stanowczy, ale również teatralny sposób, by

ją natychmiast zabrała do domu — w przeciwnym razie grozi, że się matki wyrzeknie.

28. II. Płacze prawie ciągle w dzień — w nocy sypia dobrze. Oświadcza, że jeżeli matka na umówiony czas (za 10 dni) nie przyjdzie — to wyskoczy przez okno.

2. III. Zachowuje się poprawnie, grzeczna wobec lekarzy, przy napomknieniu o jej niedawnem zachowaniu się — uśmiecha się przymilnie.

10. III. „Chód brodzącego" utrzymuje się. Oczopląs poziomy drobnofalisty przy bocznych ustawieniach gałek ocznych. Inne nn. czaszki bez zmian.

Kończyny górne: Ruchy czynne sprawne, dobre. Odruchy bi-i-tri-cipitalne obustronnie zniesione. Zaburzeń czucia brak.

Kończyny dolne: Stopy w zgięciu podeszwowem. Ruchy palców nieznaczne — rozleglejsze po stronie prawej. Odruchy kolanowe i achillesowe obustronie zniesione. Brak bolesności uciskowej mięśni i pni nerwowych.

Czucie: Obniżenie czucia powierzchownego (bólu, dotyku i ciepła) na lewej nodze, jak poprzednio. Najwyżej sięga na podudziu obniżenie czucia dotykowego, o parę cm. niżej przebiega granica upośledzenia czucia cieplnego i bólowego. Na prawej nodze wyłącznie obniżenie czucia cieplnego na obwodzie do poziomu kostek.

Czucie położenia palców lekko obniżone, bardziej po stronie lewej.

14. III. Opuściła Klinikę na własne żądanie.

Dok. nast.

Dr. Mieczysław SZAJNA, asyst. Zakładu. Lwów.

Nefelometryczne badania wpływu elektrolitów na stan koloidalny białka.

Zakład Fizjologji U. J. K. we Lwowie
Dyrektor: Prof. Dr. Adolf Beck.

I.

Zmiany stanu koloidalnego komórki pod wpływem czynników zewnętrznych dają się śledzić w sposób bezpośredni lub pośredni. Bezpośrednio można je oglądać pod ultramikroskopem. Metoda ta stosowana dotychczas w badaniach zwierząt jednokomórkowych, pozwala stwierdzić istnienie cząstek koloidalnych, ich kształt, wielkość i szybkość ruchów. Zastosowanie ultramikroskopu w badaniach komórek zwierząt wielokomórkowych napotyka na znaczne trudności tak ze strony samego przyrządu, jak i przedmiotu badania. Metodą pośrednią posługujemy się tak, że obserwujemy in vitro stan koloidalny zawieszonych cząstek i przyjmujemy, że zmiany w tym stanie, które tam zachodzą, zaszłyby i w białku zorganizowanem, w komórkach, gdyby się one znalazły w analogicznych warunkach.

Fizykalne własności komórki jak: elektryczne, optyczne, wielkość powierzchni adsorbcyjnej, a przedewszystkiem przepuszczalność błony komórkowej zależą od ilości i wielkości jej zawieszonych cząstek. Jeżeli wyobrazimy sobie błonę komórkową jako zgęszczoną warstwę protoplazmy o budowie siateczki, której punkty węzłowe utworzone są przez zawieszone cząstki białka i ciał tłuszczowatych, to przepuszczalność tej siatki będzie większa wtedy, gdy punktów węzłowych będzie mniej, a więc oczka jej staną się szersze. W środowisku międzykomórkowem o stałem stężeniu jonów wodorowych zawieszone cząstki błony komórkowej posiadają odpowiedni jemu, niezmienny — dodatni lub ujemny — potencjał elektryczny. Jakość tego potencjału nie ulega zmianie nawet po dodaniu roztworu pewnych soli obojętnych, mimo, że zwiększa się ilość nabojów, przepuszczalność błony komórkowej wtedy się zmniejsza, bo oczka jej sieci stają się mniejsze. Jeżeli pewna ilość nabojów pod wpływem jakiejś soli zanika, wtedy oczka się zwiększają i przepuszczalność wzrasta. Takie n. p. zjawisko, że dodanie soli potasowych do roztworu kokainy [1]) zwiększa jej siłę toksyczną wobec pantoflarek ogoniastych, w myśl powyższego zapatrywania można tak tłumaczyć, że pod wpływem dodanych jonów oczka siatki błony komórkowej stały się szersze i przepuściły łatwiej cząstki kokainy do wnętrza komórki.

Wpływ jonów caeteris paribus zależy w wysokim stopniu od jakości jonu. Woronzow [2]) i Hołobut [3]) stwierdzili wyraźną różnicę między działaniem jonów jednowartościowych —, a dwu — i więcej wartościowych na tkankę nerwową i mięsną. Obaj ci autorowie, pierwszy na tkance nerwowej, drugi na mięsnej wykazali, że jednowartościowe jony metali alkalicznych zwiększają pobudliwość tych tkanek, natomiast dwuwartościowe metale ziem alkalicznych ją obniżają. Wzrost pobudliwości według poglądów Woronzowa i Hołobuta idzie w parze ze zmianą stanu napęcznienia koloidów. Jony jednowartościowe zwiększają pobudliwość dlatego, że wpływając dodatnio na pęcznienie, potęgują powinowactwo koloidów do wody. Jony dwuwartościowe metali ziem alkalicznych działają pod tym względem ujemnie i dlatego pobudliwość tkanek zmniejszają.

W nawiązaniu do teorji błon komórkowych można dodać do tych wywodów, że proces pęcznienia równocześnie rozszerza sieci błon, ułatwia dyfuzję jonów, obniża potencjał elektryczny i — rzecz ciekawa — pewna ilość cząstek koloidalnych w tym procesie zanika, jak wykazują moje niżej podane obserwacje. Jony dwu- i więcej wartościowych metali, które bardzo intensywnie strącają białko, a więc zmniejszają powinowactwo jego cząstek do wody, powodują zagęszczenie koloidalnej siatki błony komórkowej, zwiększają w niej ilość cząstek, a przez to obniżają przepuszczalność komórki. Wzrost przepuszczalności wymaga rozszerzenia oczek sieci błony komórkowej i w związku z zanikiem pewnej ilości cząstek koloidalnych — obniżenia potencjału elektrycznego.

Objektywnym dowodem słuszności tego poglądu byłoby naoczne, bezpośrednie stwierdzenie zmian koloidalnych pod wpływem różnych jonów w komórkach tych tkanek. W tej pracy zwróciłem się do obserwacji zawiesin białkowych przy pomocy nefelometru, by módz wnioskować o wpływie jonów na białko komórkowe ze zmian w tem sztucznem środowisku. Posługiwałem się zawiesiną kazeiny, sporządzoną w sposób następujący: 1 gram kazeiny gotowałem w litrze 0,1% dwuwęglanu sodowego, a po oziębieniu płynu sączyłem go przez podwójny sączek. Uzyskana w ten sposób zawiesina trzymała się 2—3 dni w dobrym stanie. Dla ścisłości wykonywałem serje oznaczeń zawsze tą samą zawiesiną. Stężenie jonów wodorowych zawiesiny, kontrolowane przy pomocy indykatorów Michaelisa wynosiło 7,5 — 7,7. Oznaczenia same wykonywałem w nefelometrze (mod. Kleinmanna), używając 8,5 cm^3 tej zawiesiny, jako wzorcowej. Wpływ jonów metali alkalicznych badałem w ten sposób, że do 19, 18, 17 — 10 cm^3 zawiesiny dodawałem 1, 2, 3 — 10 cm^3 jednodziesięciomolarnego roztworu KCl, NaCl i LiCl w wodzie podwójnie destylowanej. Poniżej rozcieńczenia dwukrotnego (10 : 10) nigdy nie schodziłem, ponieważ podczas porównywania bardziej rozcieńczonych zawiesin z zawiesiną wzorcową, nie dało się sprowadzić pól widzenia do idealnej równości. Podstawowe roztwory chlorku potasu, sodu i litu, mniej stężone, jak n. p. 1/40, 1/100 i 1/400 mol. zachowywały się w stosunku do zawiesiny kazeiny, jak woda destylowana, t. j. nie miały żadnego wpływu; działają one dopiero w stężeniach wyższych.

Oznaczenia zacząłem od nefelometrycznego porównania zawiesin kazeiny rozcieńczonych roztworem chlorków metali alkalicznych (potasu, sodu i litu), w stężeniu 1/10 mol.

Tablica I.
Wpływ 1/10 mol. roztworu KCl na zawiesinę kazeiny w roztworze dwuwęglanu sodu:

L. p.	Ilość kazeiny wzorc. w mg.	Rozcieńczenie zawiesiny	Stężenie mol. KCl. w bad. zawiesz.	Ilość mg. kazeiny rozc. 1/10 mol. KCl.	H_2O
1	18,5.19 cm^3	zaw. + 1 cm^3 1/10 m KCl	0,0050 mol.	16,1 mg	17,5 mg
2	18,5.18	zaw. + 2 cm^3 1/10 m KCl	0,0100	15,4 mg	16,7 mg
3	18,5.17	zaw. + 3 cm^3 1/10 m KCl	0,0150	14,8 mg	16,1 mg
4	18,5.16	zaw. + 4 cm^3 1/10 m KCl	0,0200	14,4 mg	15,2 mg
5	18.5.15	zaw. + 5 cm^3 1/10 m KCl	0,0250	12,8 mg	14,4 mg
6	18,5.14	zaw. + 6 cm^3 1/10 m KCl	0,0300	12.4 mg	13,7 mg
7	18,5.13	zaw. + 7 cm^3 1/10 m KCl	0,0350	11,6 mg	12,8 mg
8	18.5.12	zaw. + 8 cm^3 1/10 m KCl	0,0400	10,6 mg	11,6 mg
9	18,5.11	zaw. + 9 cm^3 1/10 m KCl	0,0450	10,0 mg	11,1 mg
10	18,5.10	zaw. + 10 cm^3 1/10 m KBl	0 0500	9,4 mg	10,1 mg

---

[1]) M. Szajna, Polska Gazeta Lekarska, Nr. 47, Rok VI. 1927.
[2]) Woronzow, Pflügers Arch. f. d. ges. Phys. Bd. 203, (1924); 207, 210 (1925); 216 (1926); 218 (1928).
[3]) W. Hołobut, Cpt. Rend. Soc. Biol. T. 100 (1929).

Z powyższego zestawienia widać, że ilość kazeiny, obliczona z zawiesiny, rozcieńczonej roztworem 1/10 mol. chlorku potasu jest średnio mniejsza o 1,17 mg niż jej ilość obliczona z zawiesiny rozcieńczonej wodą destylowaną.

Zatem dodanie chlorku potasu powoduje usunięcie pewnej ilości cząstek z pola widzenia nefelometru, niweczenie części zawieszonych cząstek białka, zwiększenie ich powinowactwa do wody do tego stopnia, że ze stanu zawieszenia przechodzą w stan rozpuszczenia w wodzie, przez co nie załamują już światła w nefelometrze.

Tablica II.

Wpływ 1/10 mol. roztworu Na Cl na zawiesinę kazeiny w roztworze dwuwęglanu sodu:

L. p.	Ilość kazeiny wzorc. w mg.	Rozcieńczenie zawiesiny.	Stężenie mol. NaCl w bad. zawiesz.	Ilość mg. kazeiny rozcz. 1/10 mol. NaCl	H_2O.
1	18,5.19 cm³	zaw. + 1 cm³ 1/10 m NaCl	0,0050 mol.	16,9 mg	17,5 mg
2	18,5.18	zaw. + 2 cm³ 1/10 m NaCl	0,0100	15,9	16 7
3	18,5.17	zaw. + 3 cm³ 1/10 m NaCl	0,0150	15,0	16,1
4	18,5.16	zaw. + 4 cm³ 1/10 m NaCl	0,0200	14,1	15,2
5	18,5.15	zaw. + 5 cm³ 1/10 m NaCl	0,0250	13,1	14,2
6	18,5.14	zaw. + 6 cm³ 1/10 m NaCl	0,0300	12,7	13,7
7	18 5.13	zaw. + 7 cm³ 1/10 m NaCl	0,0350	11,7	12,8
8	18,5.12	zaw. + 8 cm³ 1/10 m NaCl	0,0400	11,2	11,6
9	18,5.11	zaw. + 9 cm³ 1/10 m NaCl	0,0450	10,8	11,1
10	18,5·10	zaw. + 10 cm³ 1/10 m NaCl	0,0500	10,0	10.1

Roztwór chlorku sodu niweczy przeciętnie 0,76 mg kazeiny.

Tablica III.

Wpływ 1/10 mol. roztworu Li Cl na zawiesinę kazeiny w dwuwęglanie sodu:

L. p.	Ilość kazeiny wzorc. w mg.	Rozcieńczenie zawiesiny.	Stężenie mol. LiCl w bad. zawiesz.	Ilość mg. kazeiny rozcz. 1/10 mol. LiCl	H_2O
1	18,5.19 cm³	zaw. + 1 cm³ 1/10 m LiCl	0,0050 mol.	17 5 mg	17,8 mg
2	18,5.18	zaw. + 2 cm³ 1/10 m LiCl	0.0100	16 8	16,7
3	18,5.17	zaw. + 3 cm³ 1/10 m LiCl	0,0150	15,4	16,1
4	18,5.16	zaw. + 4 cm³ 1/10 m LiCl	0,0200	14,4	15,2
5	18 5.15	zaw. + 5 cm³ 1/10 m LiCl	0,0250	13 9	14,2
6	18,5.14	zaw. + 6 cm³ 1/10 m LiCl	0,0300	13,2	13,7
7	18,5.13	zaw. + 7 cm³ 1/10 m LiCl	0,0350	12 6	12,8
8	18,5.12	zaw. + 8 cm³ 1/10 m LiCl	0 0400	11,9	11,6
9	18,5.11	zaw. + 9 cm³ 1/10 m LiCl	0,0450	11,2	11,1
10	18,5.10	zaw. + 10 cm³ 1/10 m LiCl	0.0500	10,5	10 1

Różnice zachodzące między wpływem poszczególnych jonów metali alkalicznych na zawiesinę kazeiny, uwidocznione są wyraźnie w powyższych zestawieniach. Najwybitniejsze zmniejszenie ilości cząstek w obrazie nefelometrycznym spowodowało rozcieńczenie zawiesiny kazeiny roztworem chlorku potasu. Krzywa, która przedstawiałaby zanikanie cząstek zależnie od stopnia rozcieńczenia roztworem 1/10 mol. chlorku potasu przebiegałaby znacznie niżej i w prawie stale równem oddaleniu od krzywej, powstałej z rozcieńczenia kazeiny wodą destylowaną. Mniej wybitnem jest niweczenie cząstek po rozcieńczeniu kazeiny chlorkiem sodu. Krzywa rozcieńczenia chlorkiem sodu zbliżałaby się w miarę wzrostu tego rozcieńczenia do krzywej rozcieńczenia wodą. Wpływ zatem jonu sodowego na niweczenie cząstek zawiesiny jest słabszy, niż wpływ jonu potasowego.

Bardzo ciekawy i wymagający osobnego omówienia obraz przedstawia rozcieńczenie kazeiny chlorkiem litu. I tak w dwu początkowych niższych stężeniach (0,0050 i 0,0100 mol.) ilość cząstek kazeiny rozcieńczonej chlorkiem litu jest prawie taka sama (16,8 i 16,7) jak w zawiesinie zmieszanej z czystą wodą destylowaną. W stężeniach od 0,0150 do 0,0350 mol. wpływ jonu litowego jest taki sam, jak potasu i sodu, natomiast w trzech końcowych, najsilniejszych stężeniach chlorku litu (0,0400, 0,0450 i 0,0500 mol.) ilość cząstek zawiesiny jest większa niż ilość cząstek rozcieńczonych czystą wodą destylowaną. Jon litowy pod tym względem stoi na pograniczu jonów metali alkalicznych i ziem alkalicznych, których działanie cechuje się mnożeniem ilości zawieszonych cząstek białka.

Najsilniejszy wpływ na zawieszoną kazeinę wywarł jon potasu; odpowiada to w zupełności wpływowi, który wywiera on na żywą komórkę. W małych stężeniach (u ciepłokrwistych do 1%) [1]) powoduje on zwiększenie pobudliwości komórek, w myśl wygłoszonej powyżej hipotezy wskutek zwiększenia powinowactwa białka komórkowego do wody, w następstwie czego struktura błony komórkowej ulega pewnemu rozluźnieniu. W stężeniach wyższych (u ciepłokrwistych ponad 2%) [1]) jon potasu poraża komórki, i w tem działaniu porażającem stoi na pierwszem miejscu pomiędzy jonami metali alkalicznych. Tę własność zawdzięcza temu, że w stężeniach wyższych strąca białko silniej, niż jony sodu i litu, oraz stosunkowo dobrze wnika do wnętrza komórki. Hipoteza W o r o n z o w a [2]) i H o ł o b u t a [2]), tłumacząca zwiększenie pobudliwości komórek zwiększeniem powinowactwa cząstek białka do wody (zwiększeniem pęczliwości białek błony komórkowej) znachodzi swe potwierdzenie w przytoczonych doświadczeniach, w których zwiększenie powinowactwa cząstek zawieszonej kazeiny do wody uwidoczniło się zmniejszeniem ilości cząstek zawiesiny w obrazie nefelometrycznym .

Wpływ roztworów dwuwartościowych jonów metali ziem alkalicznych na ilość cząstek kazeiny przedstawiają trzy poniżej zestawione tablice. Dla ich bliższego objaśnienia muszę zaznaczyć, że roztworów hlorku wapnia, baru i magnezu używałem w daleko większych rozcieńczeniach, niż roztworów jonów jednowartościowych metali alkalicznych, ponieważ cząstki kazeiny pod ich wpływem skupiały się tak znacznie, że niemożliwem było porównanie ich z zawiesiną wzorcową. Chlorku wapnia używałem w stężeniu 1/400 mol.; chlorku Ba — 1/100 mol., a chlorku Mg w koncentracji 1/40 mol. Takie stężenia dodane do zawiesiny kazeiny umożliwiały porównywanie i nie dawały strątów kazeiny.

Jony Ca zwiększają ilość zawieszonych cząstek kazeiny prostolinijnie bez załamań. Jony Ba mają tę szczególną cechę w porównaniu z jonami wapnia, że skupianie nowych cząstek zawiesiny wywołują dopiero w większych stężeniach, t. j. od 0,00400

Tablica IV.

Wpływ 1/400 mol. Ca Cl_2 na zawiesinę kazeiny w roztworze dwuwęglanu sodu:

L. p.	Ilość kazeiny wzorc. w mg.	Rozcieńczenie zawiesiny.	Stężenie mol. $CaCl_2$ w bad. zawiesz.	Ilość mg. kazeiny rozcz. 1/400 mol. $CaCl_2$	H_2O
1	18,5.19 cm³	zaw. + 1 cm³ 1/10 m CaCl	0,000125 mol.	18,2 mg	17,5 mg
2	18,5.18	zaw. + 2 cm³ 1/10 m CaCl	0,000250	17,5	16,7
3	18,5.17	zaw. + 3 cm³ 1/10 m CaCl	0 000375	16.4	16,1
4	18,5 16	zaw. + 4 cm³ 1/10 m CaCl	0,000500	15.9	15,2
5	18,5.15	zaw. + 5 cm³ 1/10 m CaCl	0,000625	15,2	14,2
6	18,5.14	zaw. + 6 cm³ 1/10 m CaCl	0,000750	14,8	13,7
7	18,5.13	zaw. + 7 cm³ 1/10 m CaCl	0,000875	13,6	12,8
8	18,5.12	zaw. + 8 cm₄ 1/10 m CaCl	0,001000	13,0	11,6
9	18,5.11	zaw. + 9 cm³ 1/10 m CaCl	0,001125	12,9	11,1
10	18,5.10	zaw. + 10 cm³ 1/10 m CaCl	0,001250	12,1	10,1

[1]) Astolfoni, Arch. Pharmaco-Dynamic 11 (1904).

[2]) l. c.

Tablica V.

Wpływ 1/100 mol. $BaCl_2$ na zawiesinę kazeiny w roztworze dwuwęglanu sodu:

L. p.	Ilość kazeiny wzorc. w mg.	Rozcieńczenie zawiesiny.	Stężenie mol $BaCl_2$ w bad. zawiesz.	Ilość mg. kazeiny rozcz. 1/400 mol. $BaCl_2$	H_2O
1	18,5.19 cm³	zaw. + 1 cm³ 1/10 m BaCl²	0,00050 mol.	17,2 mg	17,3 mg
2	18,5.18	zaw. + 2 cm³ 1/10 m BaCl²	0,00100	16,3	16,7
3	18 5.17	zaw + 3 cm³ 1/10 m BaCl²	0,00150	15,9	16,1
4	18,5.16	zaw. + 4 cm³ 1/10 m BaCl²	0,00200	14,9	15,2
5	18,5.15	zaw. + 5 cm³ 1/10 m BaCl²	0,00250	14 1	14,2
6	18,5.14	zaw. + 6 cm³ 1/10 m BaCl²	0.00300	13,9	13,7
7	18.5.13	zaw. + 7 cm³ 1/10 m BaBl²	0,00350	12,6	12 8
8	18,5.12	zaw. + 8 cm³ 1/10 m BbCl²	0,00400	12,0	11,6
9	18,5.11	zaw. + 9 cm³ 1/10 m BaCl²	0,00450	11,7	11,1
10	18,5.10	zaw. + 10 cm³ 1/10 m BaCl²	0,00500	11 2	10 1

do 0,00500 mol.; natomiast niższe stężenia tego jonu działają podobnie, jak jednowartościowe jony metali alkalicznych, t. j. niweczą już zawieszone cząstki kazeiny. Uwzględniając wielkość stężeń jonów jedno i dwuwartościowych, stwierdzić trzeba, że łatwiej jest sprowokować agregację amikronów w ultramikrony, niż zniweczyć ultramikrony.

Zachowanie się 1/40 mol. roztworu $MgCl_2$ nie różni się od zachowania jonów Ca:

Tablica VI.

Wpływ 1/400 mol. $MgCl_2$ na zawiesinę kazeiny w roztworze dwuwęglanu sodu:

L. p.	Ilość kazeiny. wzorc. w mg.	Rozcieńczenie zawiesiny	Stężenie mol. $MgCl_2$ w bad. zawiesz.	Ilość mg. kazeiny rozcz. 1/40 mol. $MgCl_2$	H_2O
1	18,5.19 cm³	zaw. + 1 cm³ 1/10 m MgCl²	0,00125 mol.	18,3 mg	17,5 mg
2	18,5.18	zaw. + 2 cm³ 1/10 m MgCl²	0,00250	17,5	16,7
3	18,5.17	zaw. + 3 cm³ 1/10 m MgCl²	0,00375	16,5	16,1
4	18,5.16	zaw. + 4 cm³ 1/10 m MgCl²	0,00500	15,7	15,2
5	18,5.15	zaw. + 5 cm³ 1/10 m MgCl²	0,00625	14,9	14,2
6	18,5.14	zaw. + 6 cm³ 1/10 m MgCl²	0,00750	14,2	13,7
7	18,5.13	zaw. + 7 cm³ 1/10 m MgCl²	0,00875	13,8	12,8
8	18,5.12	zaw. + 8 cm³ 1/10 m MgCl²	0,01000	12,9	11,6
9	18,5.11	zaw. + 9 cm³ 1/10 m MgCl²	0,01125	12,4	11,1
10	18,5.10	zaw. + 10 cm³ 1/10 m MgCl²	0,01250	11,7	10,1

Zestawione w tablicach wartości z uwzględnieniem użytych stężeń podstawowych pozwalają stwierdzić, że największą zdolność zwiększenia ilości cząstek zawieszonej kazeiny, czyli największą zdolność zmniejszania jej powinowactwa do wody posiadają jony wapnia, słabszą jony baru, wreszcie na końcu tego szeregu stoją jony magnezu.

Te wyniki zgodne są z wynikami innych autorów. którzy, badając wpływ jonów na strącanie zawiesin białka, znaleźli, że jony jednowartościowe potrzebują znacznie wyższej koncentracji do wysolenia białka, niż jony dwuwartościowe. W stężeniach niskich jony jednowartościowe zwiększają powinowactwo cząstek białka do wody, w wyższych wysalają je. Natomiast jony dwuwartościowe z wyjątkiem Ba, już w stężeniach bardzo niskich wysalają zawiesiny białka.

Także i na tkanki stosowane roztwory tych soli, tak różnie działają, jak na kazeinę in vitro. Jony jednowartościowe w stężeniach niskich wywierają na tkanki wpływ drażniący, wzmagając ich pobudliwość. Ponieważ cząstki kazeiny w tych warunkach zanikają, wnioskować można, że cząstki białka błony komórkowej ulegają zniweczeniu. Wyższe stężenia jonów jednowartościowych porażają tkanki po krótkim okresie podrażnienia, jak mniemać można w następstwie agregacji cząstek i to odwracalnej, bo z chwilą zmniejszenia stężenia pobudliwość wraca. Dwuwartościowe jony metali ziem alkalicznych, podobnie jak i więcejwartościowe, porażają nawet w bardzo małych stężeniach, ale w sposób nieodwracalny. Analogia zatem między wpływem jedno i dwuwartościowych jonów na białko in vitro i na białko komórkowe jest znaczna; te sole mają rzeczywiście wpływ na stan koloidalny białka, a przypuszczenia Woronzowa i Hołobuta wobec opisanego wyniku nefelometrycznych badań nabierają prawdopodobieństwa.

II.

Wpływ jonów na strącalność białka przez elektrolity znany jest z prac Brossa[1]), Mayerhofa[2]) i innych. Autorowie ci, dostrzegłszy różnice w ilościach soli potrzebnych do strącenia białka z roztworów czystych i z roztworów jakiegoś jadu n. p. alkoholu amylowego, uretanu, kamfory, tymolu i innych, wygłosili hipotezę, że wpływ różnych jadów na komórkę dochodzi do skutku w ten sposób, że dana trucizna uczula białko komórkowe na działanie jonów (Freundlich i Rona[3]). Na podstawie własnych doświadczeń skłonny jestem jednakże przypuszczać, że to właśnie jony ułatwiają działanie jadom.

Ponieważ w tutejszym Zakładzie Fizjologicznym równocześnie badano wpływ jonów metali alkalicznych i ziem alkalicznych na zachowanie się pobudliwości nerwu kulszowego żab zatrutych strychniną[4]), starałem się przy pomocy nefelometru zaobserwować zachowywanie się białka w roztworze tych soli z dodatkiem strychniny.

Stężenie i sposób dodawania do zawiesiny kazeiny badanych roztworów, było takie same, jak w doświadczeniach poprzednich z tą różnicą, że roztwór badanej soli sporządzony był zawsze w roztworze 0,1% azotanu strychniny. Zestawiona poniżej tablica wykazuje wyraźną różnicę między wpływem czystego roztworu strychniny, a jej mieszaniną z solami badanych elektrolitów na zawieszoną kazeinę.

Tablica VII.

L. p.	Il. kaz. wzorc. w mg.	Rozc. zaw. wzorc.	Il. mg. kaz. oblicz. z roztw. rozcieńca: H_2O 0,1% a. s.	KCl	z NaCl	z LiCl	z $CaCl_2$	$BaCl_2$	$MgCl_2$
			Stęż. mol. roztw. soli jak w dośw. poprz.						
1	18,5.19 cm³	zaw.+ 1 cm³ roztw.	17,5.16.4	17 2	17,5	18,3	16,9	16 5	17,7
2	18 5.18	zaw.+ 2 cm³ roztw.	16,7.16,0	16,0	16,0	17,9	16,4	16,1	16,4
3	18 5.17	zaw.+ 3 cm³ roztw.	16 1.15,9	15,2	15,4	16,9	16 0	15,5	16,0
4	18 5.16	zaw.+ 4 cm³ roztw.	15,2.14,9	14.3	14 8	16,0	15,3	15,1	15,4
5	18,5.15	zaw.+ 5 cm³ roztw.	14.2.14,4	13,0	13,6	15,3	14,7	14,8	14 2
6	18 5.14	zaw.+ 6 cm³ roztw.	13 7.13 9	12,9	13,2	14,9	14 0	14,2	13 9
7	18 5.13	zaw.+ 7 cm³ roztw.	12 8 12 9	12,0	12,1	13 6	13,6	13,9	13,0
8	18.5,12	zaw.+ 8 cm³ roztw.	11,6.12 3	11,2	11,3	12,9	12,9	13 5	12,9
9	18 5.11	zaw.+ 9 cm³ roztw.	11,1.11,5	10,8	11 0	11,7	12 5	13,2	11,9
10	18,5.10	zaw.+ 10 cm³ roztw.	10,1.10,5	10,1	10,6	10,9	12,0	12,9	11,1

Roztwór czystego azotanu strychniny dodany do zawiesiny kazeiny w stężeniach niższych od 0,0050—0,020 procent niweczy część cząstek zawieszonych — zachowuje się więc tak, jak jednowartościowe jony metali alkalicznych. W stężeniach wyższych od 0,020—0,050 procent azotan strychniny zwiększa ilość zawieszonych cząstek kazeiny, upodobniając się w swem działaniu do dwuwartościowych jonów metali ziem alkalicznych. Ta dwoistość działania strychniny na ilość zawieszonych cząstek kazeiny, zależna od jej stężenia, odpowiada dwoistemu działaniu strychniny na tkankę nerwową: w stężeniach niskich strychnina wybitnie drażni komórki nerwowe — odpowiadałoby to niweczeniu cząstek zawiesiny białkowej; w stężeniach wyższych poraża — powoduje przechodzenie amikronów w ultramikrony.

---

[1]) G. A. Brossa, K. M. Zeitschrift 32, 107, 1923.
[2]) O. Meyerhof, Bioch. Zeischrift 86, 325, 1918.
[3]) L. Michaelis u. P. Rona, Biochem. Zeitschr. 102, 268, 1920,
[4]) W. Hołobut, Pol. Gaz. Lek. Nr. 17, 1929.

Jony jednowartościowe metali alkalicznych, działające wspólnie ze strychniną na zawiesinę kazeiny dadzą się podzielić na dwie grupy. Do pierwszej należą jony potasu i sodu, które z wyjątkiem najmniejszego stężenia (0,0050 mol.) stale zmniejszają ilość zawieszonych cząstek, w sposób podobny, jak w czystym roztworze. Do drugiej grupy należy jon litu, którego obecność powoduje stałe zwiększenie ilości zawieszonych cząstek.

Co się tyczy podobieństwa między wpływem jonów K, Na, i Li na działanie strychniny na nerw kulszowy żaby, to szczegółowego porównania tego działania z wpływem na zawieszone białko in vitro, nie da się przeprowadzić, albowiem jony te używane były w stężeniach izotonicznych dla żaby, a więc bardzo wysokich. I tak dodanie jonu potasu pod postacią izotonicznego roztworu chlorku potasu po początkowem zwiększeniu pobudliwości, wywołuje porażenie nerwu; chlorek sodu jest bez wpływu, a chlorek litu zachowuje się odmienie od obu jonów, gdyż znacznie wzmaga pobudliwość nerwu, zwiększoną pod wpływem strychniny, a dopiero po bardzo długim czasie powoduje jej obniżenie. Ostatecznym efektem dodania izotonicznego roztworu chlorków metali alkalicznych jest zawsze porażenie nerwu, najprawdopodobniej wskutek strącenia białka, a początkowy wzrost pobudliwości, występujący zresztą prawie zawsze po dodaniu najbardziej porażających substancyj da się wytłumaczyć zadrażnieniem komórki, jakie spowodowane jest przez nagłą zmianę jej środowiska jeszcze przed zadziałaniem na białko błony komórkowej.

Jony metali ziem alkalicznych, zmieszane ze strychniną, zwiększają ilość cząstek zawiesiny; działanie ich zatem jest takie same jak w roztworach czystych. Jony te dodane do roztworu strychniny, stosowanej na nerw, zawsze powodowały jego porażenie.

Streszczając wyniki własnych oznaczeń nefelometrycznych, stwierdzić mogę dwojakiego rodzaju wpływ jednowartościowych jonów na zawieszone białko: w stężeniach niskich (0,0050 do 0,0500 mol.) sole potasu, sodu i litu zwiększają powinowactwo cząstek zawieszonych do wody, zmniejszając przez to ich ilość w obrazie nefelometrycznym; natomiast stężenia wyższe, jak to wynika z doświadczeń licznych autorów, strącają białko wskutek zmniejszenia stopnia uwodnienia zawieszonych cząstek. Ten dwojaki wpływ na zawiesiny białka in vitro, zależny od stężenia badanej soli, tłumaczy dwojaki wpływ tych jonów na tkanki: w stężeniach wyższych niszczą komórki, w niższych zwiększają ich pobudliwość, prawdopodobnie zawsze w związku z działaniem na białko błony komórkowej. Jony wapnia, baru i magnezu nawet w bardzo małych stężeniach zwiększają ilość cząstek w obrazie nefelometrycznym wskutek obniżenia ich powinowactwa do wody. To też stosowane nawet w najmniejszych ilościach porażają komórkę.

Szereg, w jakim układają się jednowartościowe jony metali alkalicznych zależnie od swego działania uwadniającego na zawiesinę białka o reakcji zasadowej jest taki sam, jak szereg tych jonów, użytych w stężeniach wyższych do strącania białka, a więc: K, Na, Li.

Jony dwuwartościowe Ca, Ba i Mg ze względu na łatwość strącania białka, po wzięciu pod uwagę ich molarnego stężenia, układają się w szereg Ca, Ba, Mg, nie zwiększając nawet w stężeniach bardzo niskich powinowactwa cząstek białka do wody.

Wpływ strychniny na zawieszone cząstki kazeiny podobny jest do wpływu jednowartościowych jonów metali alkalicznych; w stężeniach niższych (0,0050—0,020%) niweczy część cząstek zawieszonych; w wyższych (0,020—0,050) zwiększa ich ilość. Prawdopodobnie to dwoiste działanie strychniny na tkankę nerwową da się wytłumaczyć jej dwoistym wpływem na zawieszone cząstki, zależnem również od stężenia.

Dr. Kazimierz WIŚLAŃSKI, st. asyst. klin. Lwów.

Cięcie cesarskie w znieczuleniu lędźwiowem tropakokainą.

Z Kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie
Dyr. Prof. Dr. K. Bocheński.

Pomijając ból spowodowany otwieraniem powłok jamy brzusznej, głównem źródłem bólów odczuwanych przez chorą w czasie operacji ginekologicznych są nerwy umiejscowione około dużych naczyń w krezce i sieci. Są to włókna nerwowe należące przeważnie do układu współczulnego. Lennander był przekonany o niewrażliwości trzewów jamy brzusznej na bodźce cieplne i mechaniczne. Wprawdzie Kast i Meltzer odnosili ten brak czucia do działania kokainy wchłoniętej z płynu Schleicha, jednak Haim przekonał się o słuszności zapatrywań Lennandera na swych chorych, których oszołamiał kilkoma kroplami chloroformu, a przeciąwszy powłoki, operował następnie bez bólu. Jedynie ze szycie powłok wymagało powtórnej dawki chloroformu. Również Nast-Kolb przekonał się, że wszelkie zabiegi na jelitach, żołądku i krezce są zupełnie niebolesne, a bóle występują jedynie skutkiem pociągania krezki lub otrzewny ściennej. Przeszło 709 zabiegów operacyjnych, między innemi także usunięcie macicy przez pochwę, wykonanych bez znieczulenia i 640 wykonanych jedynie w miejscowem znieczuleniu przekonały Manna, że narząd rodny kobiety jest nieczuły na ból z wyjątkiem tylko nielicznych miejsc. Bolesne jest zawsze pociąganie otrzewny miednicowej. Bröse wykonywując operację Schauty-Wertheima z powodu wypadania macicy w znieczuleniu miejscowem przekonał się, że oddzielanie pęcherza na ostro od ściany pochwy i szyi macicy jest niebolesne, w przeciwieństwie do otwarcia zatoki pęcherzowo-macicznej. Wytaczanie trzonu macicy powodowało kurczowe bóle i parcia, wszelkie te bóle ustawały z chwilą, gdy macica znalazła się w pochwie. Również wycięcie trąbek wraz z rogiem macicy, szycie więzadeł i przyszycie macicy do pochwy nie wywoływały bólu.

Co się tyczy znieczulenia lędźwiowego w położnictwie to sprawa przedstawia się nieco odmiennie. Niektórzy autorowie przypuszczają, że bóle porodowe zostają wywołane naciąganiem otrzewny przez przyczepy mięśni macicy. Blaszka krzyżowa bowiem zaopatrywana jest przez nerwy krzyżowe, przednia zaś przez nerwy lędźwiowe, leżące środoponowo. Propping wykonał szereg doświadczeń na zwierzętach i na podstawie ich, łącznie z klinicznemi spostrzeżeniami, sądzi, że sam skurcz gładkich mięśni narządów jamy brzusznej (kiszek, żołądka, moczowodu, pęcherza moczowego, macicy i pęcherzyka żółciowego) wywołuje uczucie bólu. Skurcz ten jednak musi być dostatecznie silny.

Aby wywołać ten skurcz i uczucie bólu nie potrzeba podrażnienia otrzewny ściennej lub pociągania przyczepu krezki, wystarcza dostatecznie silne podrażnienie włókien nerwowych przebiegających w samem utkaniu narządów jamy brzusznej.

W położnictwie w zakres działania środka znieczulającego wchodzą narządy zgoła odmiennie zbudowane. Macica, szyja i pochwa, jak wiadomo, posiadają włókna mięsne gładkie, natomiast jama brzuszna, jakoteż krocze włókna prążkowane. Unerwienie macicy składa się z włókien pochodzących ze splotu Frankenhausera, który to splot utworzony jest ze splotu współczulnego, podbrzusznego i zasilany przez włókna pochodzące ze splotów krzyżowych, współczulnych, jakoteż włókna pochodzące z 2, 3 i 4 nerwu krzyżowego. Cały splot podbrzuszny składa się z dwóch pasm po obu stronach, poza naczyniami podbrzusza. Dzieli się on w dalszym ciągu na mniejsze pasemka, z których najważniejszy jest omawiany właśnie splot Frankenhausera. Nerwy krzyżowe jakoteż włókna współczulne w drodze do macicy przebiegają wzdłuż więzadeł szerokich. Oprócz tego istnieje osobny ośrodek regulujący w rdzeniu lędźwiowym. Ośrodek ten jednak nie jest konieczny dla ruchów macicy. Poród może odbyć się nawet mimo zupełnego zniszczenia odpowiednich odcinków rdzenia i przecięcia wszystkich włókien współczulnych i rdzeniowych, biegnących w kierunku macicy. Istnieją bowiem w samej macicy sploty nerwowe samoistne, wykryte i opisane przed kilku laty przez Keiffera i Latorre'a. Ośrodki te wystarczają w zupełności dla powstawania samoistnych, od rdzenia niezależnych ruchów macicy. Skutkiem tego może kobieta nie odczuwać żadnych bólów mając znieczulony centralny system nerwowy i obwodowy, a pomimo to macica będzie kurczyła się prawidłowo i systematycznie pod wpływem wspomnianego ośrodka nerwowego, mającego własne źródło energji. Z punktu widzenia anatomiczno-fizjologicznego byłby więc — wedle tych poglądów — mięsień macicy zbliżony do mięśnia sercowego, posiadającego również własne ośrodki nerwowe. Zdaniem Keiffera podrażnienie całego systemu nerwowego może stać się przyczyną kurczów macicy. Również drażniąc mózg, rdzeń lub nerw współczulny, można wywołać skurcze macicy, gdyż mięsień jej jest nadzwyczaj czuły na bodźce wszelakiego rodzaju.

Niektórzy autorowie sądzą, że skurcze macicy wywołane jedynie przez owe samoistne, w niej samej znajdujące się ośrodki nerwowe, są zasadniczo różne i niewystarczające w stosunku do prawidłowych skurczów rodzącej macicy. Nasze spostrzeżenia, poczynione w czasie znieczulenia do cięcia cesarskiego przekonały nas, że skurcze te nietylko nie ustępują w niczem prawidłowym skurczom macicy w czasie porodu, ale nawet są na ogół silniejsze i wydatniejsze tak, że mimowoli nasuwa się myśl iż słuszne są za-

patrywanie Rotha, Hoofkemera, Kehrera, Langley'a, Keiffera i Whitehouse'a, że rdzeń i zawarte w nim ośrodki nerwowe są czynnikami raczej hamującemi, a właściwym czynnikiem pobudzającym są elementy obwodowe, to znaczy sploty i pasma znajdujące się w samej ścianie macicy. Natomiast szyja, która zależy od rdzenia, po jego przecięciu lub znieczuleniu ulega zwiotczeniu.

Znieczulenie lędźwiowe pomyślał pierwszy nowojorski chirurg Corning w 1885 roku, pierwsze zaś doświadczenia na zwierzętach przeprowadził francuski fizjolog Franck. W Niemczech szerzył tę metodę od roku 1899 Bier, we Francji zaś Tuffier i Chaput, którzy ogłosili szereg spostrzeżeń odnośnie do sposobu znieczulania i powikłań, które ono może sprowadzić. Severeano i Grotta Racoviceano Nicoletti opisują szereg udanych doświadczeń, a niedługo potem Schwarz wprowadza tropakokainę. Stosował on ją w ilości 1—5 centigr. i nie miał żadnych powikłań ani też ubocznych objawów. Słuszności zapatrywania Tuffiera dowiodły następne doniesienia. W zestawieniu Hahna liczba zawodów wynosi 6.5%, ciężkie objawy otrucia w 14%, a wypadków śmierci w 0.4%.

Następuje szereg publikacji omawiających przyczyny złych wyników i podających sposoby ich zapobiegania. Tuffier radzi przepuszczać przygotowany rozczyn przez bakterjologiczny filtr, inni radzą kilkakrotnie wyjaławiać i wstrzykiwać nisko. Wreszcie w roku 1902 Guinard, a równocześnie i niezależnie od niego Kozłowski, znajdują źródło złego nie w samym środku znieczulającym, lecz w płynie użytym do rozpuszczania. Polecają oni zatem używać do tego celu płynu mózgordzeniowego.

Doleris wstrzykiwał kokainę do przestrzeni podpajęczynowej pod koniec porodu i zauważył, że znieczulenie lędźwiowe wywołuje zniesienie odczuwania bólów, powodowanych przez skurcze macicy, równocześnie jednak pobudza macicę do skurczów. Już przedtem Simpson i Dewenter starali się rozwiązać problem niebolesnego porodu i pierwszy czynił to za pomocą eteru lub chloroformu, drugi zaś podawał swej żonie pigułki opjum i w ten sposób przeprowadził u niej sześć porodów bez bólów.

Inni autorowie jak de Montpellier, Puech, de Rouville, Malartic, Rapin, Audebert, Lantuéjoul, Brindeau, de Delmas, Madon i inni torują drogę nowej metodzie, a choć nie ukrywają niepomyślnych wyników i powikłań uważają ją za odpowiednią w pewnych, odpowiednio dobranych przypadkach. Początkowo używano wyłącznie kokainy, a duża siła trująca jej, jak i zbyt wysokie dawki, były często przyczyną bardzo poważnych powikłań a nawet śmierci. Odstraszyło to na pewien czas zwolenników tego postępywania, dopóki nie znaleziono pochodnych kokainy, które o wiele mniej trujące i nie tak niebezpieczne posiadają te same własności znieczulające co kokaina. Nowokaina, stowaina, tutokaina, alypina i tropakokaina — oto najbardziej używane preparaty.

Później znieczulenie wychodzi z użycia, jedynie Audebert i de Rouville stosują je stale. W ostatnich dopiero latach Delmas przywrócił metodzie tej należne znaczenie.

Znieczulenie w położnictwie obejmuje dwa obszary, w obrębie których rozprzestrzenia się działanie środka znieczulającego. Górny obszar złożony z mięśni napinających się w czasie aktu porodowego i dolny obszar, obejmujący krocze, pochwę i szyję, które ulec muszą zwiotczeniu celem ułatwienia przejścia płodu.

Przecięcie rdzenia wywołuje skurcze mięśni w górnym obszarze i porażenie w dolnym; takie samo działanie wywiera znieczulenie lędźwiowe, które sięga do wysokości sutków, a niekiedy nawet do obojczyków. Zdolność do parcia jest utrzymana, natomiast odruchy są zmniejszone lub nawet zupełnie zniesione, co ma znaczenie w chwili przerzynania się główki.

Takawo Hosaka używał tropakokainy z dobrym skutkiem do znieczulania pierwiastek i wieloródek, musiał jednak kilkakrotnie wstrzykiwać pituitrynę lub zakładać kleszcze, aby zastąpić zniesione odruchy w okresie wydalania płodu. Brindeau stosował znieczulenie lędźwiowe w 65 przypadkach operacji kleszczowych (z tego 45 u pierwiastek) i stwierdził łatwiejszy dostęp do główki po znieczuleniu, jak również większą podatność ujścia macicy. Wykonał on 53 cięć cesarskich w znieczuleniu lędźwiowem i jedynie w 1 przyp. miał zawód. Ogółem na 195 znieczuleń rodzących miał 1 wypadek śmierci u kobiety, u której wykonał cięcie cesarskie z powodu ścieśnienia miednicy. Dziecko wydobyto żywe. Obdukcja wykazała zwyrodnienie tłuszczowe wątroby.

Delmas i Coll de Carrera opisują przypadek, w którym dzięki znieczuleniu udało się wykonać obrót w 4 dni po pęknięciu pęcherza płodowego przy ujściu rozwartem na 4 palce. Sądzą, że było to możliwe jedynie dzięki znieczuleniu, które spowodowało wiotkość krocza, elastyczność i podatność części miękkich, co umożliwiło dostateczne rozszerzenie ujścia i urodzenie żywego płodu. Balard i Mahon znieczulali w przypadkach nieprawidłowego rozszerzania się szyi. Wyniki mieli dość dobre (68% bez powikłań). Jedynie tylko przypadki niepodatnego ujścia na tle pierwotnego zakażenia *Métrite cervicale gonococcique en évolution* okazały się oporne i musiano naciąć szyję. Zdaniem wspomnianych autorów znieczulenie nadaje się do usuwania niepodatności ujścia zewnętrznego i pozwala na szybkie rozwiązanie rodzącej, której grozi niebezpieczeństwo życia np. skutkiem poprzedzającego łożyska. Metoda ta może zastąpić założenie balonu, obrót Braxtona-Hicksa lub nacięcie szyi. Jest ona nieszkodliwa dla płodu. (Friedman: 100 cięć cesarskich, Vorlaender 51 cięć cesarskich, Lantuejoul, Roume).

Nasze doświadczenia odnoszą się do 50 przyp. położniczych, w czem było 41 operacji cięcia cesarskiego brzusznego,[1]) 7 operacji cięcia cesarskiego pochwowego[2]) i dwa cięcia cesarskie sposobem Portes'a[3]). Znieczulaliśmy w ten sam sposób jak do operacji ginekologicznych, uważając jedynie, aby wstrzykiwać powoli i w przerwach pomiędzy bólami. Rodzącą sadzaliśmy z szeroko rozchylonemi udami, kilka razy znieczulaliśmy także w ułożeniu na boku. Znieczulenie obejmywało całe krocze, kończyny dolne i część brzucha aż powyżej pępka. Poczynało się ono od stóp, w ciągu 4—7 minut dochodziło do szczytu nasilenia i trwało przeciętnie godzinę. Wystarczała nam zawsze mniejsza dawka, aniżeli w operacjach ginekologicznych, 0.07 — 0.08 g. dawało dostatecznie długie i dobre znieczulenie.

Ogromną zaletą tego znieczulenia w położnictwie jest ograniczenie krwawienia do minimum. Zupełne zwiotczenie powłok, porażenie jelit i wstrzymanie krwawienia pozwala na spokojne i dokładne zeszycie macicy. Prawidłowe kurczenie się opróżnionej macicy nie doznaje żadnych przeszkód, a spotęgować je można jeszcze przez wstrzyknięcie podskórnie pituglandolu po wyjęciu płodu.

W kilku przypadkach jednak wydobyte z macicy płody znajdywały się w dość silnej zamartwicy pomimo tego, że bezpośrednio przed operacją tętno ich było zupełnie dobre. Były to przypadki, w których operację wykonaliśmy już w jakiś czas po pęknięciu pęcherza płodowego. Wszystkie płody docucono, lecz jeden z nich szczególnie wątły i słabo rozwinięty, wagi 2.150 g., zmarł w 4 dni później. Nie możemy oprzeć się wrażeniu, że może pośrednią przyczyną tego było znieczulenie, które wywołując doskonały skurcz macicy tak silnie zmieniło warunki krążenia, że stało się przyczyną zgonu. Trudno więc bez zastrzeżeń zgodzić się z zapatrywaniem tych autorów francuskich, którzy uważają, że znieczulenie nie wywiera wpływu na płód. Oczywiście środek znieczulający nie rozprzestrzenia się po całym ustroju matki, nie zostaje przeto wchłaniany przez płód i bezpośrednie działanie na płód jest wykluczone, silne jednak skurcze macicy mogą oddziaływać niekorzystnie, zwłaszcza jeżeli pęcherz płodowy pęknięty i macica już przed zabiegiem była silnie obkurczona dokoła płodu.

Co do wskazań i przeciwskazań do znieczulenia w położnictwie to wszyscy zgodnie podnoszą trudności, nasuwające się w ujęciu w regułę stanów i schorzeń, które stanowią przeszkodę do znieczulania rodzącej, oprócz ogólnie uznanych jak: cukrzyca, syfilis, ogólne zakażenie krwi, zapalenie i ropienie w okolicy kręgosłupa i silne zniekształcenie tegoż. Niektórzy odrzucają też znieczulenie w zabiegach wykonywanych przez pochwę. Jest to stanowisko częściowo usprawiedliwione, gdyż do operacji plastycznych krocza może lepiej nadaje się znieczulenie krzyżowe lub miejscowe. Natomiast znieczulenie lędźwiowe może być z korzyścią zastosowane w operacjach przetok, jakoteż w zabiegach na macicy i przydatkach, wykonywanych przez pochwę, gdyż zwiotczenie więzów i części miękkich pozwala na łatwiejszy dostęp i swobodniejsze wyciągnięcie tych narządów przed pochwę.

Znieczulenie lędźwiowe ciężarnej nie powoduje wystąpienia czynności porodowej czyli, że za pomocą tego znieczulenia nie można przerwać ciąży w żadnym jej okresie. W prawidłowych porodach znieczulenie lędźwiowe nie jest wskazane, gdyż żaden ze znanych środków znieczulających nie daje rękojmi zupełnego bezpieczeństwa i każdy bezbolesny poród kryje w sobie niebezpieczeństwo dla matki i płodu. Oprócz tego znieczulenie znosi odruchy które ważne są w ostatnim okresie porodu. Skoro więc odpada ten czynnik może ustąpić również czynność porodowa, a wówczas niejednokrotnie wystąpi wskazanie do ukończenia porodu zapomocą operacji. Jakiekolwiek byłoby zdanie o wartości sztucznego ukoń-

[1]) 19 pierwastek i 21 wieloródek.

[2]) 3 pierwiastki i 4 wieloródki.

[3]) 1 pierwiastka i 1 wieloródka. Trzy razy operowano z powodu przodującego łożyska.

czenia porodu, wspomniana zamiana prawidłowego porodu na operacyjny pozostaje faktem i dlatego sądzimy, że narażanie prawidłowo rodzącej kobiety na ewentualne, choćby nawet nie groźne powikłania wynikające ze znieczulenia, można uważać jako błąd. Jeśli jednak poród siłami przyrody jest niemożliwy i musimy wykonać operację czy to od strony pochwy, czy też przez powłoki brzuszne, wówczas potrzeba jakiegokolwiek środka znieczulającego usprawiedliwia w zupełności użycie znieczulenia lędźwiowego, które nie jest wprawdzie pozbawione ujemnych stron wszystkich innych znieczuleń, pozwala jednak na przeprowadzenie operacji w warunkach o wiele korzystniejszych.

Należałoby więc przyjąć jako zasadę, że prawidłowe porody nie nadają się do znieczulenia, podobnie jak i małe operacje położnicze, które w większości przypadków wykonać można zupełnie bez znieczulenia lub też w chwilowem oszołomieniu. Co do obrotu, to w warunkach łatwych znieczulenie jest zgoła zbyteczne, w trudnych zaś nie daje ono zbyt wielkich korzyści, a nawet może być szkodliwe.

W przypadkach jednak, w których eter lub chloroform są przeciwskazane lub gdy pragniemy uniknąć działania trucizny na narządy miąższowe, znieczulenie jest nie do zastąpienia. Ważne to może być w przypadkach zatrucia ciążowego, gdy chcemy ograniczyć wprowadzenie do ustroju trucizn. Znieczulenie lędźwiowe nie wprowadza bowiem szkodliwych substancji do krwiobiegu i pozwala na szybkie wykonanie zabiegu co zwłaszcza ma doniosłe znaczenie wówczas, gdy stan dziecka lub rodzącej zależy od pośpiechu.

W połogu nie zauważyliśmy żadnych objawów niekorzystnych lub powikłań, które możnaby odnieść do znieczulenia lędźwiowego tropakokainą.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA

Dr. Leon TOCHOWICZ asystent Kliniki. Kraków

W sprawie ruchomości guzów trzustkowych.

Z I. Kliniki chorób wewnętrznych U. J. w Krakowie.
Kierownik Prof. Dr. Tadeusz Tempka

Przy określaniu miejsca guzów jamy brzusznej dużą wagę odgrywa między innemi objaw ruchomości danego guza czy to oddechowej, czy przy zmianie położenia ciała, czy też biernej. Temu objawowi ruchomości przypisuje się względnie przypisywało się wielką wartość rozpoznawczą zwłaszcza odnośnie do guzów pochodzenia trzustkowego, w tem znaczeniu, że według ogólnie ustalonego zapatrywania, cechą zasadniczą tych guzów jest między innemi brak wszelkiej ruchomości. Na tym stanowisku stoją wszystkie znane podręczniki tak np.

Ortner (1 i 2), Marthes (3) Mehring, Strümpel (4), Mohr-Staehelin (5), jak również Parmentier (9), i Chabrot w Nouveau Traité de Médecine, oraz Fiessinger i Catan (10), omawiając rozpoznanie różniczkowe guzów trzustki podnoszą jako cechę charakterystyczną ich nieruchomość.

Co się tyczy stanowiska polskich autorów w tej sprawie, to Pisek (6), w polskim zbiorowym podręczniku Jaworskiego o chorobach wewnętrznych, omawiając symptomatologję guzów trzustki nie porusza wogóle sprawy ich ruchomości, czy też nieruchomości.

Natomiast W. Orłowski w swych pracach „Drogowskazy djagnostyki schorzeń trzustki" z roku 1913 (7), i „Rozpoznanie siedziby guzów jamy brzusznej" (8), z roku 1921, podnosi wprawdzie także nieruchomość trzustki i jej guzów jako objaw zasadniczy, jednakże wyraźnie zaznacza, że ta nieruchomość nie jest bezwzględną cechą guzów trzustki i na dowód tego przytacza z jednej strony prace Steina, Klemperera, Wirbla, Izraela i Körtera, którzy spostrzegali guzy trzustki o dużej ruchomości oddechowej, a nadto z własnego doświadczenia przytacza przypadek bardzo ruchomej trzustki prawidłowej tak, że mówi nawet w tym przypadku wprost o *pancreas mobile.*

Przytoczony poniżej nasz przypadek jest przyczynkiem do tych spostrzeżeń, stwierdzających nawet bardzo wybitną ruchomość guzów trzustki.

Mężczyzna B. W. Lat 34. L. Dz. Klin. 78 i 226 1928/29, zgłasza się na klinikę dnia 3. II. 1929 z następującemi dolegliwościami: Od 4 lat tępe bóle w dołku podsercowym, promieniujące do lewej łopatki, występujące $1\frac{1}{2}$ godziny po każdem jedzeniu i trwające do 5 godzin. Ponadto podaje, że cierpi na nudności, zgagę, odbijania i że od 2 lat zauważył wyraźne wypuklenie się nadbrzusza. Przez okres trzech pierwszych lat stracił 33 kg wagi ciała, w ostatnim roku waga utrzymuje się na tym samym poziomie. Łaknienie zmienne, stolec prawidłowy, w dzieciństwie płonica i błonica. Dziedziczność 0.

Badanie przedmiotowe:

Poza jamą brzuszną nie stwierdza się żadnych odchyleń od stanu prawidłowego. Oglądanie: Całe nadbrzusze aż do pępka jednostajnie kulisto silnie wypuklone, przyczem granice wypuklenia przechodzą zwolna w prawidłowe otoczenie. Reszta brzucha przy oglądaniu zmian nie przedstawia. Obmacywaniem stwierdza się w miejscu wypuklenia guz wielkości głowy dziecka, wychodzący z pod lewego łuku żebrowego i przechodzący na stronę prawą mniej więcej do prawej linji przymostkowej. Ku dołowi guz ten sięga do pępka. Powierzchnia guza jednostajnie gładka, niebolesna o spoistości zbitej, niechełbocąca. Część górnej granicy guza daje się dość dobrze oddzielić w samym dołku podsercowym od mostka, boczne części górnej granicy giną pod łukami żebrowemi, natomiast dolna granica daje się oznaczyć na wysokości pępka. Przy ruchach oddechowych stwierdza się bardzo wybitną ruchomość guza w kierunku osi pionowej, z góry ku dołowi, o szerokości wychyleń do 6 centymetrów. Ruchomość bierna przy obmacywaniu i przy zmianie ułożenia chorego jest również wyraźna, jakkolwiek znacznie mniej niż oddechowa. Wypuk nad całym guzem wybitnie stłumiony. Przy wydymaniu żołądka kształt i umiejscowienie guza nie uległy zmianie.

Przy wydęciu powietrzem okrężnicy, guz uległ przemieszczeniu na szerokość około dwóch palców ku górze, a równocześnie stłumienie nad dolną granicą guza ustąpiło miejsca odgłosowi bębenkowemu.

Badania dodatkowe: Mocz bez zmian. Badanie treści żołądkowej wykazuje upośledzenie wydzielania żołądkowego; po śniadaniu próbnem wolny kwas solny O, ogólna kwasota 32°, niedobór kw. solnego wolnego 12°. Zkłębnikowanie dwunastnicy mimo kilkakrotnych prób nie udało się. Stolec po żywieniu zwykłem, jak i próbnem Schmidta wykazuje stosunki prawidłowe, krew utajona w stolcu nieobecna.

Badanie krwi całkowite wykazuje stosunki również prawidłowe, odczyn Wassermana i odczyn na odchylenie dopełniacza bąblowca (Weinberg) ujemne.

„Obraz kropli krwi" *guttadiaphot* na wszystkich trzech skrawkach prawidłowy. Próba galaktozowa i lewulozowa na sprawność wątroby ujemne.

Próba Lewiego (adrenalinowa) ujemna. Badanie roetgenologiczne żołądka wykazuje w środkowej jego części rozlane przewężenie, będące wyrazem ucisku od zewnątrz, przy prawidłowej sprawności żołądka i nienaruszeniu jego ścian. Laparoskopja dn. 1. III. 1929 wykazała prawidłową wątrobę, prawidłowy stan sieci i otrzewnej ściennej. Sam guz przykryty był przez niezmienioną sieć. Ze względu na to, że w danym przypadku rozchodziło się o dolegliwości trwające od 4 lat, że guz sam był dość ściśle odgraniczony od otoczenia, że chory w ciągu 3 miesięcznego naszego spostrzegania przybrał na wadze ciała 2.5 kg bez powiększenia się samego guza, wreszcie wiek chorego, jak również wynik badania roentgenologicznego i laparoskopijnego, przemawiały przeciwko złośliwości guza — mimo braku wolnego kwasu solnego w treści żołądkowej.

Przy określaniu zaś narządu, z którego ten guz pochodził, nie przytaczając tutaj rozpoznania różniczkowego, mogliśmy wykluczyć żołądek, wątrobę, śledzionę, poprzecznicę, nerki, krezkę jelit cieńkich jak również sieć dużą i małą.

Jednem słowem mieliśmy do czynienia z guzem dobrotliwym, który posiadał wszystkie zasadnicze cechy guza pochodzenia trzustkowego z wyjątkiem jednego objawu, mianowicie bardzo wybitnej ruchomości zwłaszcza oddechowej.

Zabieg chirurgiczny wykonany na oddziele chirurgicznym szp. św. Łazarza wykazał w istocie, że guz ten będący silnie napięta, niechełbocącą i nieuszypułowaną torbielą, wciskającą się między żołądek i poprzecznicę — wychodził z głowy trzustki.

Badanie histologiczne wycinka ściany torbieli wykonane w Zakładzie anatomji patologicznej U. J. wykazało brak jakichkolwiek cech złośliwości.

Przypadek ten ogłaszamy jako przyczynek do symptomatologji guzów trzustkowych, stwierdzający, że ruchomość danego guza nie może sama przez się żadną miarą przemawiać przeciwko jego pochodzeniu trzustkowemu, wbrew ogólnie przyjętemu mniemaniu.

Ta wybitna ruchomość guza trzustkowego w naszym przypadku jak w innyh nielicznych przypadkach ogłoszonych w piśmiennictwie obcem, nie może nas dziwić, jeżeli uwzględnimy wyniki ostatnich badań na temat ruchomości oddechowej trzustki; mianowicie: Hitzenberger (11), dowiódł na podstawie badań roent-

genologicznych, że już prawidłowa trzustka wykazuje ruchomość oddechową.

Wobec tego należy się raczej dziwić, że dotychczas tak rzadko stwierdzano ruchomość guzów trzustkowych.

Piśmiennictwo.

1) Ortner: Differentialdiagnostik innerer Krankheiten, 1928, str. 500. — 2) Tenże: Klinische Symptomatologie innerer Krankheiten. tom 3, 1927, str. 16—84 i 90. — Mathès: Differentialdiagnostik, 1920, str. 533. — 4) Mehring: Pathol. und Therap. der inneren Krankh., str. 712. — 5) Umber: Handbuch der inneren Medizin. — Mohr. Staehelin, tom 3/II. str. 237. — 6) Pisek: Tom III. Nanka o chorobach wewnętrznych, rok 1905, Jaworski. — 7) W. Orłowski: Przegląd lekarski, 1911. — 8) Tenże: Rozpoznanie siedziby guzów jamy brzusznej, 1921. — 9) Parmentier et Chabrol: Nouveau Traité de médicine, 1923, tom XV, str. 195—207—211—215. — 10) Fiessinger et Cattan: Societé médicale des hopitaux de Paris, 26 kwietnia 1929. — 11) Hitzenberger: Med. Klinik, 1929, w. 16.

Dr. Stanisław LIEBHART, st. asystent kliniki. Lwów.

Przyczynek do leczenia zaburzeń okresu przekwitania.

Z Kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie
Dyrektor: Prof. Dr. K. Bocheński.

Zasadniczą przyczyną zaburzeń okresu przekwitania jest zanikanie względnie wygasanie wydzielniczej czynności jajników. W okresie tym następuje przegrupowanie czynności całego zespołu gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu celem wyrównania ubytku wynikłego z braku jednego hormonu t. j. inkretu jajnika. Dzieje się to drogą wzmożonej czynności wydzielniczej reszty gruczołów, a przedewszystkiem tarczycy, przysadki mózgowej i nadnerczy. Tak się przedstawia fizjologiczny przebieg omawianego okresu. Zupełnie odmiennie wyglądają objawy okresu przekwitania w przebiegu atypowym, chorobowym, w którym występuje cały szereg najrozmaitszych zaburzeń. Zaburzenia te wynikają przeważnie z konstytucjonalnej niemożności szybkiego wyrównania ubytku hormonu jajnika przez powołane do tego gruczoły, lub też wskutek ich nadmiernej czynności kompensacyjnej. (Hypertyreoza, hypertonja w związku z przerostem partji rdzeniowej nadnerczy i t. p.).

Ponieważ czynność wyrównawcza przypada w przeważnej części w udziale tarczycy, przeto jakakolwiek uprzednia niedomoga tego gruczołu, względnie jego dysfunkcja prowadzi w tym okresie nieuchronnie do zaburzeń hypo- a najczęściej hypertyreotycznej natury. Owa nadczynność tarczycy tak często spotykana właśnie w klimakterium jest najprawdopodobniej wynikiem nadmiernej jej gotowości kompenzacyjnej, czy to ze względu na niedopisanie innych, powołanych do współpracy gruczołów, czy też skutkiem chorobowego jej nastawienia.

Tak więc nietylko niemożność wyrównania, ale i nadmierna zdolność kompenzacyjna tarczycy jak i innych gruczołów jest źródłem zaburzeń klimakterycznych.

Zaburzenia te są tak liczne i tak niezwykle różnorodne, że niepodobna wyosobnić z nich jakiegoś jednolitego typu.

Wiesel charakteryzuje zaburzenia klimakteryczne jako zespół nieskończenie wielu objawów, które nie oszczędzają żadnego narządu, żadnego systemu ustroju.

Występują one przedewszystkiem w narządach i miejscach chorobowo zmienionych lub konstytucjonalnie słabszych. Stąd ich atypowość i różnorodność. Tu też tkwi przyczyna tego zjawiska, że pewne typy konstytucjonalne dają pewne charakterystyczne objawy zaburzeń w tym okresie.

Celem bliższego poznania wspomnianych zaburzeń, postanowiliśmy zwracać na nie szczególniejszą uwagę i w tym celu obserwowaliśmy dotyczące chore, które zgłaszały się po poradę do ambulatorjum klinicznego. W ciągu roku ostatniego zanotowaliśmy podobnych chorych 119, u których stwierdzić mogliśmy mniej lub więcej rozległe objawy zaburzeń okresu przekwitania.

Wiek tych chorych jest bardzo rozmaity. Poniżej umieszczone zestawienie daje cyfrowy przegląd, uwidoczniający w jakich granicach zawarty jest wiek chorych przez nas obserwowanych i leczonych.

Ilość kobiet przechodzących w przekwitanie:
Poniżej 40 lat — 20;
Poniżej 45 lat — 41;
Poniżej 50 lat — 43;
Powyżej 50 lat — 15;
Razem = 119.

W zestawieniu tem uderza znaczna stosunkowo liczba przypadków poniżej lat 40 i 45, dająca łącznie wyższą cyfrę od reszty przypadków (61 : 58). To wczesne występywanie przekwitania możnaby do pewnego stopnia tłumaczyć przewagą procentową żydówek w naszym materjale (około 75%).

Bardzo charakterystycznym jest również fakt, że na 119 chorych tylko 8 nie zachodziło w ciążę, natomiast 111 rodziło i to przeważnie wielokrotnie.

Jeżeli z kolei przejdziemy do opisania objawów najbardziej charakterystycznych dla omawianego okresu u naszych chorych, to możemy podzielić je na kilka grup wyraźnych, stosownie do ilości i częstości ich występowania.

1) Prawie wszystkie nasze chore żaliły się na bóle w krzyżach (98 : 119). Tłumaczyć je sobie należy albo zmianami zapalnemi w mięśniach (t. zw. reumatyzm mięśniowy, lumbago myositis) lub zmianami w stawach kości miednicy małej lub też różnicą w statyce miednicy wskutek kurczenia się więzadeł i wreszcie zaburzeniami w zakresie nerwów wegetatywnych.

Prawie równie często występowały bóle w podbrzuszu.

2) Zaburzenia natury naczynioruchowej pod postacią t. zw. uderzeń krwi do głowy i nagłego występowania uczucia gorąca w rozmaitych miejscach (87 : 119). Towarzyszą powyższym zaburzeniom często objawy bezsenności.

3) Występywanie nagłych, przedtem nie obserwowanych potów jako objaw zaburzeń w zakresie nerwów wegetatywnych (65 : 119).

4) Obfite krwawienia i to tak o charakterze metropagji jak i pod postacią obfitych miesiączek, występujących regularnie lub też po pewnych charakterystycznych przerwach (36 : 119).

5) Objawy dotyczące przewodu pokarmowego pod postacią zaparcia stolca (23 : 119), lub daleko rzadziej rozwolnień (5 : 119).

6) Zaburzenia w zakresie pęcherza moczowego (pollakisurja, parcie na mocz, cystitis (29 : 119).

7) Pruritus vulvae, kolpitis granulosa, upławy, nadżerki części pochwowej (12 : 119).

Zapobieganie zaburzeniom okresu przekwitania jest z natury rzeczy bardzo trudne, prawie niemożliwe. Składają się na to najrozmaitsze przyczyny, przedewszystkiem niemożność przewidzenia i ustalenia terminu menopauzy, wreszcie niezwykła różnorodność przebiegu. Dokładna znajomość konstytucji kobiety, a tem samem ewentualna możliwość określenia a priori rodzaju zaburzeń mogłaby być do pewnego stopnia pomocną.

Leczenie tego cierpienia jest — pomimo znajomości etjologji — raczej objawowe niż przyczyniowe.

W materjale naszym mieliśmy pewien odsetek (około 10%) kobiet niewymagających żadnego leczenia, przeważnie takich, które zgłosiły się do kliniki zaniepokojone brakiem miesiączki. Część chorych miała tak nieznaczne dolegliwości (bóle w krzyżach, uderzenia krwi do głowy, i t. d.) że wystarczało z reguły przepisanie jakiegokolwiek środka uśmierzającego ból lub jakiegoś nervinum (trae valeriane, castorei i t. d.) do usunięcia omawianych zaburzeń.

Na specjalną wzmiankę zasługuje grupa chorych, u których dominującym objawem były obfite krwawienia o najrozmaitszem natężeniu. W przypadkach tych stosowaliśmy preparaty sporyszowe lub przysadki mózgowej, nadto wapniowe pod postacią dożylnych zastrzyków — w ciężkich skrobankę lub naświetlanie jajników promieniami Roentgena. Na osobną uwagę zasługuje nieduża zresztą ilość przypadków leczonych przez nas przy pomocy naświetlań przysadki mózgowej względnie tarczycy. O wynikach tych doświadczeń stosowanych dotychczas w sporadycznych tylko wypadkach przez niewielu autorów (Borak, Grabowski, Liebhart, Szenes) doniesiemy na innem miejscu po uzyskaniu większego materjału.

W wszystkich innych przypadkach, w których występowały przeważnie mieszane objawy wypadnięcia czynności jajnika stosowaliśmy preparat dostarczony nam przez firmę „Ciba" pod nazwą „Prokliman". Preparat ten składa się z hormonu jajnikowego, peristaltyny, nitrogliceryny, amidopiryny i coffeinum natriosalicylicum.

W składzie tego preparatu uderza brak calcium, które według Halbana ma najskuteczniej zwalczać sympatykotonję okresu przekwitania, a które jest jednym z głównych składników innych tego rodzaju preparatów (klimakton, klimasan Transannon). W preparacie tym miejsce wapna zastępuje związany z lipoidami hormon jajnikowy, przy pomocy którego staramy się chociażby

tylko na czas krótki zastąpić ubytek inkretu jajnika, a przez to dać możność organizmowi i innym gruczołom dostrojenia się do nowych warunków. Nitrogliceryna natomiast reguluje aparat naczynio-ruchowy, peristaltyna czynności przewodu pokarmowego, amidopiryna i coff. natrio-salicyl., wzajemnie się uzupełniając, działają analgetycznie przyczem coffeina rozszerza również naczynia wieńcowe.

Ogółem leczyliśmy proklimanem 32 chore, z których u pięciu usunięto jajniki operacyjnie.

Preparat ten podawaliśmy leczonym chorym trzy razy dziennie po 2 tabletki. W przypadkach lżejszych następowało polepszenie już po pierwszych 2 tygodniach leczenia, w przypadkach cięższych leczenie trwało przeciętnie miesiąc a nawet i dłużej. Według zapodań chorych ustępywały kolejno najpierw bóle w krzyżach i uderzenia krwi do głowy, potem zaparcie stolca, objawy ze strony nerwów wegetatywnych, brak snu itd. W 8-miu przypadkach wystąpiło jeszcze jakby jedno miesiączkowanie pod postacią krótkotrwałego plamienia.

Ogółem mieliśmy 6 przypadków zupełnego wyleczenia, 11 wybitnej poprawy, 4 nieznacznego polepszenia, 5 bez żadnego efektu. Oprócz tych co do 6 chorych nie mamy żadnych danych gdyż nie zgłosiły się do badania kontrolnego. Pewien odsetek tych ostatnich z dużem prawdopodobieństwem zaliczyćby można do przypadków wyleczonych. Przypuszczać bowiem należy, że chore te nie zgłosiły się powtórnie mimo wyraźnych wskazówek, ponieważ zaburzenia, na które się poprzednio skarżyły, albo ustąpiły albo znacznie zmalały.

Specjalnie oporne na leczenie były przypadki ciężkich histerji, jako też wogóle pewnych zaburzeń natury raczej psychicznej. Do tej też kategorji należą przeważnie te chore u których po stosowaniu proklimanu i innych środków nie mieliśmy efektu leczniczego, lub też tylko bardzo nieznaczny. Natomiast specjalnie korzystne okazały się przypadki zaburzeń klimakterycznych po operacyjnem usunięciu jajników, lub po wytrzebieniu promieniami Roentgena.

Jak z powyższego wynika nie można proklimanu uważać za uniwersalny środek, który w każdym przypadku zaburzeń okresu przekwitania działa skutecznie, nie mniej jednak mamy to przekonanie, że jest to środek nietylko niegorszy od innych ale w pewnej grupie przypadków działający nawet bardzo korzystnie i stosunkowo szybko. Mogliśmy się o tem przekonać, stosując równocześnie dla porównania cały szereg innych preparatów (Klimakton, Klimasan, Transannon).

Dr. K. BUDZANOWSKI i Dr. J. GRZĘDZIELSKI. Lwów.

Dwa rzadkie przypadki kiły oka.

Z Kliniki Okulistycznej Uniwersytetu J. K. we Lwowie.
Dyr. Prof. Dr. Adam Bednarski.

Przypadek 1. — Chora A. D., lat 17, córka rolników z pow. horochowskiego, zgłosiła się do Kliniki Ocznej dnia 6. II. 1929 z ciężkiem owrzodzeniem na twarzy.

Wywiady: Z powodu niskiego poziomu umysłowego chorej nie można było dowiedzieć się niczego o jej rodzinie. Dawniej była zawsze zdrowa. Przed dwoma laty przebyła chorobę oczną, po której czuła się dobrze, widziała tylko nieco gorzej okiem prawem. O obecnej chorobie podaje chora dość dokładnie, że rozpoczęła się guzkiem na skórze w okolicy odpowiadającej topografji woreczka łzowego po stronie prawej, który stopniowo powiększał się co raz bardziej, powodując następnie rozpad i owrzodzenie, posuwające się na powieki. Sprawa ta rozpoczęła się w jesieni, a więc na jakie 4—5 mies. przed przyjęciem do Kliniki. Łzawienia początkowo nie pamięta, dopiero potem, jak owrzodzenie posunęło się na powiekę, oko zaczęło łzawić. Bólów nie miała i dlatego też nie zgłaszała się do lekarza, doprowadzając w ten sposób do znacznego zaniedbania choroby.

Stan obecny: Chora o budowie wątłej, odżywieniu znacznie podupadłem, słabo fizycznie rozwinięta jak na swój wiek, niedorozwój umysłowy. W kącikach ust delikatne promienisto ułożone blizenki. Gruczoły podszczękowe powiększone, twarde, niebolesne.

Okolica podoczodołowa strony prawej zajęta przez olbrzymie owrzodzenie, sięgające (jak uwidacznia załączona rycina) od nasady nosa do linji kącika zewnętrznego idąc ku skroni a ku dołowi do linji poziomej skrzydełek nosowych. Zajmuje więc prawie całą wyżej wspomnianą okolicę. Owrzodzenie to, pokryte zaschłą wydzieliną ropną, robi wrażenie rozpadającego się nowotworu złośliwego, jaki spotyka się nieraz u osób starszych. Po oczyszczeniu widać powiekę dolną po stronie kącika wewnętrznego, zniszczoną, wystającą swym brzegiem ku przodowi. Kącik wewnętrzny i mięsko łzowe zniszczone, jak również i część spojówki dolnej. Skóra dookoła wrzodu zaczerwieniona i obrzękła. Brzegi nieregularne, poszarpane, miejscami wyniosłe, gładkie, miejscami zatokowate. Dno naciekłe o wyglądzie słoninowatym. W środku owrzodzenia widać wysepkę niezajętej skóry. Oprócz tego na powiece górnej po stronie wewnętrznej stwierdza się odosobniony wrzód kształtu wyraźnie nerkowatego, który powstał prawdopodobnie przez zakażenie z sąsiedztwa (Kontaktgumma), jak podaje Igersheimer, (Syphylis und Auge. 1928). Szpara powiekowa niska, niedomykalna. Powieka górna daje się z trudnością odwinąć. Spojówka powieki dolnej zajęta w części nosowej przez wrzód, naciekła, reszta spojówki silnie przekrwiona, obrzękła. Wydzielina z worka spojówkowego ropna. Spojówka gałki znacznie przekrwiona. Na rogówce widać w środku, w powierzchownych warstwach, rozlaną plamkę. Pozostałe części oka bez zmian. Źrenica prawidłowa, oddziaływa normalnie na światło — dno bez zmian. Bystrość wzroku o. p-5/15, czytać nie umie.



Oko lewe: Od góry w rogówce rozlana plamka w powierzchownych warstwach. Bystrość wzroku o. l. — 5/5.

Badania dodatkowe: Odczyn Wassermanna ++++, Pirquet wyraźnie dodatni. Rhinologicznie stwierdza się: Przewód nosowy prawy zwężony, niedrożny, ściany w całości naciekłe. Przegroda w części przedniej przedziurawiona. Pozatem znajdują się zmiany na nagłośni w postaci nacieków guzkowatych. Podniebienie miękkie i twarde zniszczone, liczne blizny dookoła. Roentgenogram czaszki wykazuje zaćmienie jamy szczękowej i czołowej po stronie prawej. Prześwietlaniem widać cienie wnękowe o zmianach gruczołowych, pole płucne prawe w górnej i środkowej części zamglone.

Na podstawie całego obrazu chorobowego rozpoznano kilaka okolicy podoczodołowej. W rozpoznaniu różniczkowem można było myśleć o wrzodzie gruźliczym lub o nowotworze złośliwym. Charakterystyczne jednak zmiany, przemawiające za osobnikiem dotkniętym kiłą wrodzoną, dodatni odczyn Wassermanna i wreszcie szybkie cofanie się wrzodu pod wpływem leczenia specyficznego, wykluczały każdą inną możliwość.

Leczenie polegało na stosowaniu wewnętrznie jodu i miejscowo okładów z płynu Lugola. Już po dwuch tygodniach widać było poprawę. Następnie przeszło się do leczenia salvarsanowo-rtęciowego. W 6 tyg. potem proces uległ całkowitemu zbliznowaceniu, pozostawiając zarośnięcie woreczka łzowego oraz wywinięcie powieki dolnej z następstwami. Chora odeszła do domu z tem, że ma się zgłosić do operacji plastycznej.

Przypadek ten zastanawia nas ze względu na punkt wyjścia. Wiadomo z wywiadów, że rozpoczął się guzkiem w okolicy woreczka łzowego, przyczem początkowo, aż do czasu rozpadu i przejścia owrzodzenia na powiekę dolną nie było łzawienia. Tego rodzaju kilaki mogą wychodzić albo z powiek, rozpoczynając się w warstwie mięśniowej (rzadziej w skórze) guzkiem niebolesnym, który następowo ulega rozpadowi albo mogą wychodzić z kości, a wtedy w kącie wewnętrznym zaczynają się na wyrostku szczęki górnej, przyczem towarzyszą zwykle zmiany w nosie i jamach bocznych i prowadzą do zapaleń wo-

reczka łzowego, charakteryzujących się wytwarzaniem przetok. Przy wszystkich procesach kostnych spotykamy zwykle ubytki wzglednie zgrubienia, czego w naszym przypadku nie było. Kilak wychodzić może także z okolicy przyworeczkowej (Praelacrimalgegend) jak w przypadku K. Komura (Kl. M. f. A. 1928. t. 81, str. 92), wtedy drogi łzowe odprowadzające są początkowo drożne, a objawy chorobowe ze strony samego woreczka mogą albo zupełnie nie istnieć, albo może być stan zapalny chroniczny spowodowany przez zaleganie treści na skutek ucisku rosnącego guza. Tego rodzaju umiejscowienie należy już do rzadkości. M. Marques (Kl. M. f. A. t. 78. str. 119) pisze, że guzy położone w okolicy woreczka łzowego zwykle bywają rozpoznawane jako procesy samego woreczka, istnieją jednak takie, które są od niego zupełnie niezależne.

W przypadku naszym, ponieważ dostał się do leczenia już w stanie, kiedy cały woreczek był zniszczony wraz z kącikiem wewnętrznym, trudno o bezpośredni dowód. Sądząc jednak po wywiadach kilak ten rozpoczął się w okolicy przyworeczkowej, i posuwając się spowodował tak rozległe owrzodzenie.

Przypadek ten zasługuje na wyszczególnienie nie tylko z powodu rzadkiego umiejscowienia, ale także z powodu daleko posuniętego zaniedbania z jakiem dzisiaj w erze salvarsanu, bismutu i rtęci rzadko się spotykamy.

Przypadek 2[1]). — Chory R. J., lat 21, z zawodu robotnik garbarski (przyjęty na Klinikę 2. X. 1928.), zauważył przed 11 dniami stopniowo zwiększający się obrzęk dolnej powieki o. p. i mniej więcej w tym samym czasie obrzmienie koło prawego ucha.

Stan obecny: Dolna prawa powieka obrzękła, o skórze lekko zaczerwienionej. W głębi pod skórą wyczuwa się stwardnienie i zgrubienie całej powieki, wielkości połowy orzecha włoskiego, o dolnym brzegu łukowatym, ostro odgraniczonym i gładkim. Nie ma żadnej bolesności na ucisk. Po rozwarciu szpary powiekowej widać spojówkę gałkową silnie nastrzykaną, chemotyczną, tworzącą wał dookoła rogówki. Na spojówce górnej powieki i w górnym załamku nie stwierdza się nic nieprawidłowego, poza lekkiem przekrwieniem. Po silnem ściągnięciu ku dołowi dolnej powieki daje się wywinąć dolny załamek. Widać wtedy spojówkę silnie naciekłą, nastrzykaną z przeświecającym miejscami żółtawym odcieniem. W samym załamku, po stronie skroniowej, jest pole więcej przekrwione, sinawe, z punkcikowatemi wybroczynami. Środek tego pola jest pokryty żółtawym nalotem, nie dającym się zdjąć. Ubytku w spojówce właściwie nie ma. Oko jest zadrażnione, lekki światłowstręt, w worku spojówkowym skąpa wydzielina śluzowa. Rogówka poza starszemi plamkami jest niezmieniona.

Oprócz zmian na oku stwierdzamy powiększenie gruczołów przyusznych i podszczękowych po stronie prawej. Są one okrągłe, chrząstkowate, twarde, niebolesne, wielkości orzecha włoskiego i mniejsze.

W preparacie wziętym z nalotu w załamku dolnym stwierdzono na oddziele skórnym męskim Prym. Dr. Ostrowskiego, w ciemnym polu niewątpliwe krętki blade. Odczyn Wassermanna w dn. 4. X. wypadł ujemnie.

Przebieg choroby: 3. X. chory dostaje pierwszą injekcję novarsenobensolu 0,45 i rozpoczyna na oddziele skórnym męskim kurację rtęciowo-salvarsanową i już następnego dnia można było stwierdzić prócz subjektywnej poprawy, wyraźne zmniejszenie i zwiotczenie nacieku w dolnej powiece.

Przy dalszem leczeniu zmiany chorobowe bardzo szybko ginęły. 5. X. obrzek gruczołów mniejszy — 8. X. chemoza spojówki znikła — 11. X. odczyn Wass. +++ — 30. X. chory odchodzi do domu. Zgrubienie dolnej powieki chociaż mniejsze, ciągle się utrzymuje. Chory zgłaszał się jeszcze przez kilka tygodni i induracja w dolnej powiece ciągle była wyczuwalna.

Co do sposobu zakażenia to nic konkretnego nie można się było od chorego dowiedzieć. Do stosunku płciowego przyznawał się przed 3 miesiącami. Przed miesiącem prysnął mu do prawego oka materjał chemiczny, służący do wyprawiania skór. Potem wypłukał sobie oko wodą z wodociągu.

Wrzód pierwotny na oku jest rzadkiem zjawiskiem. Według statystyki Münnheimera występuje w 4.5% innych wrzodów ekstragenitalnych. Inni autorzy podają częstość 1:2000 do 1:1000 z pośród wszystkich innych wrzodów. Jedynie rosyjscy autorzy opisują wrzód na oku w 15% wrzodów ekstragenitalnych. Sposób zakażenia najczęściej pozostaje niewiadomym. Chory nie pamięta lub nie chce się przyznać. Najczęstszą przyczyną jest dostanie się śliny osobnika kiłowego do oka przez pocałunek, usuwanie ciał obcych z oka zapomocą wylizywania, pośliniopego palca lub poślinionych przedmiotów. Także znane są przypadki zakażenia za pośrednictwem przedmiotów, bielizny i t. p. U lekarzy obserwowano zakażenie przez prysnięcie do oka wód płodowych lub krwi z ran operacyjnych. Spotykano też przypadki autoinokulacji i równoczesne nabycie wrzodu na genitaljach i na oku z powodu jednego coitus.

Najczęściej wrzód pierwotny oka występuje na dolnej powiece, rzadszym jest na spojówce i to przedewszystkiem w dolnym załamku. W literaturze jest znanych około 80 przypadków wrzodów na spojówce. Obok dolnego załamka może być zajęta spojówka gałkowa, bardzo rzadko spojówka górnej powieki, plica semilunaris i mięsko łzowe, wyjątkowo woreczek łzowy i rogówka.

Rokowanie jest takie dla chorego jak przy każdym innym wrzodzie pierwotnym. Dla oka zwykle nie ma złych następstw, wyjątkowo może przyjść do zniszczenia powieki. Ciekawe są spostrzeżenia gdzie przyszło potem na tem oku do keratitis parenchymatosa. Według Igersheimera te nieliczne przypadki keratitis parenchymatosa występują na oku dotkniętem poprzednio wrzodem pierwotnym. Prócz tego opisywano na takim oku iridocyclitis, a nawet neuroretinitis.

[1]) Według demonstracji w Tow. lekarskiem we Lwowie dnia 5. X. 1928.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych
Nr. Z. O. 1990/29.

Warszawa, dnia 29 maja 1929 r.

OKÓLNIK Nr. 116.

Państwowa pomoc lekarska. Uznanie sanatorjum św. Tadeusza w Ciechocinku.

Do Panów Wojewodów, Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy i Pana Naczelnika Urzędu do spraw mniejszości w Katowicach.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych uznaje zakład leczniczy dla dzieci w Ciechocinku p. n. Sanatorjum św. Tadeusza w myśl par. 7 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4. VIII. 1926 (Dz. U. Nr. 95 poz. 555), jako zakład, nadający się do leczenia dzieci funkcjonarjuszów państwowych.

Sanatorjum to czynne jest cały rok.

W załączeniu przesyła się arkusz wywiadowczy, dotyczący dziecka, mającego być przyjętem do Sanatorjum, oraz warunki przyjęcia dziecka. Lekarz umówiony państwowej pomocy lekarskiej, skoro uzna za wskazane wysłanie chorego dziecka do tego Sanatorjum, powinien funkcjonarjusza państwowego zaznajomić z warunkami przyjęcia oraz wypełnić arkusz wywiadowczy i przekaz do Sanatorjum.

Funkcjonarjusz przesyła wtedy zapytanie wraz z owemi załącznikami do Zarządu Sanatorjum św. Tadeusza w Ciechocinku, czy jest wolne miejsce oraz kiedy ma dziecko przywieźć. Po otrzymaniu odpowiedzi odwozi dziecko do Zakładu, stosując się ściśle do warunków, wymaganych przez Sanatorjum.

Koszty przewiezienia dziecka do Sanatorjum i z powrotem ponosi funkcjonarjusz.

Ponadto pokrywa z góry za każdy miesiąc 25% opłaty dziennej, przewidzianej w pkt. 15 warunków, t. j. 1 zł 25 gr za każdy dzień, czyli za 30 dni pobytu powinien funkcjonarjusz uiścić z góry 37 zł 50. Resztę, t. j. 75% opłaty pokrywa Skarb Państwa.

W wyjątkowych wypadkach może funkcjonarjusz państwowy wnieść prośbę do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departamentu Służby Zdrowia) o zwolnienie częściowe od opłaty 25%.

Sanatorjum św. Tadeusza w Ciechocinku przesyłać będzie rachunki za dzieci funkcjonarjuszów państwowych do Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, a Departament będzie je likwidował i wypłacał.

O powyższem zechce Pan Wojewoda (Komisarz Rządu) zawiadomić wszystkich lekarzy umówionych państwowej pomocy lekarskiej, dołączając im po 1 egzemplarzu warunków przyjęcia, oraz wzór arkusza wywiadowczego dla dziecka.

Dr. Piestrzyński.
Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

2 załączniki. MB.

Warunki przyjęcia dziecka do Sanatorjum św. Tadeusza w Ciechocinku, czynnego cały rok.

1. Przyjmuje się dzieci obojga płci w wieku od lat 6 do 12.

2. Przyjmuje się dzieci, chore na krzywicę, zołzy, sprawy gruczołowe oraz gruźlicę kostną nieotwartą.

3. Wyklucza się od przyjęcia dzieci, których stan ogólny nie rokuje nadziei poprawy w Ciechocinku, dzieci nienormalne umysłowo, dzieci, chore na choroby ostre i przewlekłe udzielające się, oraz dzieci, mające wady, nieprzyjemne dla otoczenia.

4. Dzieci, przyjęte do Sanatorjum, podlegają zarówno pod względem leczenia, jak i wychowania przepisom, obowiązującym w Zakładzie.

5. Rodzice lub opiekunowie nie mogą stawiać żądań, przekraczających przyjęty w Zakładzie porządek. Co do ubrania dzieci, rozkładu zajęć, zabaw, przechadzek i t. p. decyduje wyłącznie kierowniczka Zakładu.

6. Odwiedzanie dzieci dozwolone jest jedynie w niedzielę.

7. Przesyłanie dzieciom żywności nie jest dozwolone. Pieniądze zaś, przesyłane dzieciom, należy adresować na ręce Zarządu Sanatorjum. Zarząd zastrzega się, że na żadne reklamacje o pieniądze, przesyłane w listach do dzieci, przywiezione przez dzieci lub doręczone bezpośrednio dzieciom, a niezłożone w Zarządzie Sanatorjum, nie będzie odpowiadać.

8. Dziecko powinno być z domu zaopatrzone w:
a) 3 zmiany bielizny,
b) 2 sukienki (ubranka),
c) 3 pary całych mocnych pończoch,
d) 2 pary całych mocnych bucików,
e) 1 parę sandałów,
f) 3 ręczniki,
g) 6 chusteczek do nosa,
h) 1 sweter,
i) 1 płaszcz,
k) 1 grzebień gęsty do włosów (dziewczynki ponadto w 1 grzebień rzadki),
l) 1 szczotkę do włosów,
m) 1 szczoteczkę do zębów,
n) metrykę urodzenia,
o) ostatnie świadectwo szkolne, i
p) książki szkolne.

9. Chłopcy winni mieć włosy krótko ostrzyżone. W wyjątkowych wypadkach w celach leczniczych lub zapobiegawczych może kierowniczka zarządzić ostrzyżenie i dziewczynek.

10. Na rzeczy, przywiezione z dzieckiem, osoba, odwożąca dziecko, otrzymuje pokwitowanie, które zwraca przy odbiorze dziecka.

11. Rzeczy, podlegających zużyciu, a których zużycie usprawiedliwi czas pobytu dziecka w Sanatorjum, dziecko nie otrzymuje z powrotem.

12. Za rzeczy, zniszczone przez dziecko, Zarząd Sanatorjum nie odpowiada.

13. Dzieci, pozostające przez dłuższy przeciąg czasu, muszą mieć wyprawkę swoją uzupełnianą z domu. O ileby zażądane przez Sanatorjum rzeczy nie zostały nadesłane, Zarząd Sanatorjum sprawi rzeczy, konieczne dla dziecka, na rachunek osoby, umieszczającej dziecko.

14. Za szkody, wyrządzone w Sanatorjum przez dziecko, Zarząd ma prawo żądania zwrotu pełnej wartości zniszczonego przedmiotu.

15. Opłata dzienna za pobyt dziecka, t. j.: utrzymanie, leczenie oraz wszelkie zabiegi lecznicze wynosi 5 zł.

16. Pragnący umieścić dziecko w Sanatorjum otrzymuje z Zarządu arkusz wywiadowczy, który winien być dokładnie wypełniony w rubrykach od 1 — 4 przez osobę, wysyłającą dziecko, a w rubryce 5 przez lekarza. Arkusz ten należy przesłać do Sanatorjum wraz z zapytaniem, czy znajdzie się miejsce dla dziecka i kiedy dziecko ma być do Sanatorjum przywiezione.

17. Wszelkie korespondencje należy adresować: Zarząd Sanatorjum św. Tadeusza w Ciechocinku.

Sanatorjum św. Tadeusza w Ciechocinku.
Arkusz wywiadowczy,
dotyczący dziecka, mającego być umieszczonem w Sanatorjum.

1.	Imię i nazwisko	
	Data i miejsce urodzenia (powiat, województwo)	
	Miejsce zamieszkania (powiat, województwo)	
2.	Imiona i nazwisko rodziców względnie opiekuna, oraz ich wiek	
	Zajęcie i miejsce zamieszkania rodziców względnie opiekunów (powiat, województwo)	
3.	Warunki mieszkania, odżywiania i opieki chorego dziecka	
4.	Dane dotyczące dziedziczenia chorób lub skłonności do chorób (rodzice rodzeństwo)	

Podpis osoby, opiekującej się dzieckiem:

Wynik badania i opinja lekarska:

5.	Data badania i rozpoznanie oraz uwagi lekarza	

Podpis lekarza leczącego:

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Doc. Guido Engelmann: *Einführung in die Orthopädie. — Bücher der ärztlichen Praxis.* Nr. 16 — J. Springer, VIII°, str. 90.

Treść publikacji powyższej odpowiada tytułowi. Jest to więc wstęp do ortopedji, w którym autor w części ogólnej omawia pokrótce patologję, syptomatologję i terapję ogólną chorób podlegających leczeniu ortopedycznemu, w części szczegółowej patologję i terapję szczegółową zniekształceń wrodzonych i nabytych. Nauczyć się ortopedji z tej małej broszury naturalnie nie można. Lekarz praktyk jednak, który nie zajmował się specjalnie ortopedją, może z broszury tej uzyskać cenne wskazówki rozpoznawcze i terapeutyczne.

J. K. (Gdynia).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Pedjatrja Polska, tom IX, zeszyt 2 za marzec i kwiecień 1929: Fr. Gröer: Klemens Pirquet. — R. Barański i M. Bussei: Przyczynek do analizy odczynu wodnego skórnego.

Przemysł Chemiczny, rok 1929, nr. 15, za sierpień 1929: M. Śmiałowski: O syntezach aniliny.

Polska dentystyka, rok VII, nr. 4, za lipiec i sierpień 1929: A. Cieszyński: O zakażeniu ropnem, ropowicach szczękowych i ich leczeniu (c. d.) — Baktorjologja ropowic szczękowych. — W. Skutecka: Szkolna opieka dentystyczna w Poznaniu 1928/29.

Przegląd ubezpieczeń społecznych, rok IV, zeszyt 7, z 1 lipca 1929: A. Krieger: Fakty i dokumenty. — A. K.: Odwołanie Kongresu Międzynarodowego Kas Chorys w Warszawie. — Zawieszenie władz Kas Chorych w Łodzi. — W. B.:Ubezpieczenia społeczne w Polsce w roku 1927. — Wł. Szafran: Z działalności Instytutu stomatologicznego Kasy Chorych m. Lwowa za r. 1928 .— Wyrok Najwyższego Trybunału Administracyjnego. — Ubezpieczenie pracowników umysłowych.

Warszawskie Czasopismo lekarskie, rok VI, nr. 32, z 8 sierpnia 1929: F. Turyn: O użyciu insuliny poza cukrzycą. — A. Krasuski: O zasobie zasad krwi i jego znaczeniu dla kliniki (dok.). — Wł. Sterling: Achondroplazja (Stresz. zbior. c. d.) — I. Handelsman: Tandeta lekarska. — Sęczyc: Na marginesie obrad Sekcji przeciwwenerycznej i Naczelnej Rady Zdrowia w sprawie ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych.

Ratownictwo, rok I. nr. 8, z sierpnia 1929: A. Jokiel: Nagłe schorzenie żołądka i kiszek wymagające doraźnej pomocy chirurgicznej. — Uzdrowiska i letniska w Polsce (c. d.).

Dziecko i matka, rok IV, nr. 15 z r. 1929: M. Czerkawska: Wiersz; Nie płacz. — St. Lewartowicz: Zależność rozwoju dziecka od liczebności rodzeństwa. — W. Borudzka: Dziecko i zwierzęta. — I. Korczakowska: Cuda na piasku. — M. Benisławska: Dziecko z którem się nie udaje. — M. Wąsowicz-Sopoćkowa: Wychowanie estetyczne. — M. Miłobędzka: Gimnastyka. — I. Suffczyńska: Ratownictwo wakacyjne. — M. Dziadyk-Kłosińska: Letnie leczenie anemji u dzieci. — Matki między sobą.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 32, z 11 sierpnia 1929 roku: I. Opieńska-Blauthowa: Analiza glicerofosforanów wapna (dok.) — Jeszcze kilka słów o aparacie destylacyjnym. — Nowe leki. — Fr. Horod: Wrażenia z wycieczki na Bliski Wschód.

Medycyna praktyczna, rok III, zeszyt 7, z roku 1929: Bol. Wilamowski: O zaburzeniach ciśnienia krwi słów kilkoro. — W. Werner: Leczenie zastrzałów (dok.). — K. Bros: Przypadek otrucia jadem kiszkowca po spożyciu wędzonej szynki.

Medycyna Warszawska, nr. 4, z 15 sierpnia 1919: J. W. Grott i J. Trzebiński: Krytyczna ocena sposobów badania czynnościowego wątroby z puktu widzenia praktyki lekarskiej. — A. Przeździecka-Jędrzejowska: Metody oznaczania czynników dopełniających w preparatach leczniczych i produktach spożywczych. — M. Peker: Leczenie ostrego gośćca stawowego. — L. Ligęza: O rozpoznawaniu ostrych spraw zapalnych gardła. — A. Kaczyński: Terma Ciechocińska — źródło gorące Nr. 14. — M. Zwejgbaum: Wspomnienie pozgonne o ś. p. Dr. J. Woźnickim.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 33, z 15 sierpnia 1929: F. Turyn: O użyciu insuliny poza cukrzycą (dok.). — J. Piechowska i H. Puszet: Spostrzeżenia nad azotemją związaną z brakiem chlorków. — Wł. Sterling: Achondroplazja (streszcz. zbiór c. d.). — R. Becker: Przyczynek do sprawy rozpowszechnienia chorób umysłowych wśród żydów w Polsce.

Czasopismo Sądowo-lekarskie, rok II, nr. 1, z r. 1929: W. Łuniewski: Wyniki spółczesnych metod leczenia porażenia postępującego w świetle problematów orzecznictwa sądowo- i społeczno- psychiatrycznego. — L. Hirszfeld: O dochodzeniu ojcowstwa drogą badań biologicznych. — J. Olbrycht: Śmiertelne samobójcze zatrucie formaliną. — W. Grzywo-Dąbrowski: Samobójstwa w Warszawie w r. 1928.

Klinika oczna, rok 7, zeszyt 2, z 31 czerwca 1929: K. Noiszewski: Hidrostatyka i hidrodynamika cieczy śródocznej i cieczy mózgowo-rdzeniowej. — J. Stasińska: Kilka przypadków plazmatycznego zapalenia spojówek. — M. Szafnicki: Nowy sposób wykonania operacji Lagrange'a. — R. Litauerówna: Ciężki przypadek rzeżączki spojówek z powikłaniami. — L. Weingott: Nowa plastyczna operacja bliznowatego wywinięcia powiek. — A. Stark: Przypadek tężca po zranieniu gałki ocznej. — W. H. Melanowski: Uwagi w sprawie leczenia zapalenia współczulnego oczu neosalwarsanem. — M. Piekarska: Przypadek porlaka tęczówki.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo czeskie.

Praktický Lékař.

R. IX, 1929, 1. 3.

Dr. F. Helbichova: *Czynnościowe badanie nerek u arteriosklerotyków.* Autorka dochodzi do wniosków, że hipertenzja pochodzenia tętnicowego, u której nie doszło do zmian reaktywnych w miąższu nerkowym, tylko w nieznacznej mierze obniża czynność nerki w przeciwieństwie do procesów zapalnych, które silnie atakują jej czynność. Pozostają zatem przypadki czystej nefrosklerozy, problemem przeważnie serco-naczyniowym, w której udział nerki staje się widocznym dopiero wtedy, gdy wzrośnie niedostateczna czynność nerki i wykaże uszkodzenia, wywołane procesem sklerotycznym w naczyniach nerkowych.

Dr. J. Zelenka: *Peritonitis diffusa purulenta e salpingitide non puerperali.* Opis dwóch przypadków. Autor dochodzi do przekonania i podkreśla, że przy rozpoczynającym się procesie genitalnym, który nagle zniknie, z wysoką gorączką, dreszczami, jest rokowanie quoad vitam bardzo wątpliwe, ponieważ to, co w obecnej chwili wygląda na ciężką adnexitis incipiens, może za kilka godzin okazać się rozlanem zapaleniem otrzewnej, które w przeciągu krótkiego czasu (kilku godzin nawet) kończy się letalnie.

Dr. Ungar (Lwów).

Piśmiennictwo amerykańskie.

Surgery, Gynecology and Obstetrics.

XLVI, 2, 1928.

John Deaver: *Przewlekłe wrzody żołądka i dwunastnicy.* Im dłużej autor praktykuje, tem większe nabiera zaufanie do leczenia chirurgicznego przewlekłych wrzodów, a tem mniejsze do zachowawczego.

Przy małych wrzodach ściany przedniej dwunastnicy za zabieg wyboru uważa tylne zespolenie żołądkowo-jelitowe. Przy wrzodzie krwawiącym radzi dodatkowo wrzód wyciąć lub wypalić. Jeśli to jest niemożliwe pozostaje do wykonania wycięcie odźwiernika.

Rozpoznanie wrzodu tylnej ściany dwunastnicy nie zawsze jest łatwe. Autor w tem sobie pomaga lampką.

Przy wrzodzie od strony trzustki — w drugim odcinku dwunastnicy należy wykonywać tylko zespolenie tylne z ewentualnem wycięciem wrzodu od strony światła dwunastnicy.

Przy wrzodach żołądka wykonuje autor zwykle subtotalną resekcję i ma po niej wyniki wcale dobre.

John Stinson: *Rak śluzowaty żołądka.* Stanowi on 5% raków żołądka. Odsetka pacjentów żyjących 3—5 lat po zabiegu jest ta sama, co przy innych postaciach raka. Również śmiertelność pooperacyjna jest jednakowa.

George Müller: *Sprawy ropne klatki piersiowej.* Ze spraw ropnych klatki piersiowej najważniejszy jest ropny otok opłucny. Ważnym czynnikiem jest wczesne rozpoznanie sprawy, przez co nie tylko obniża się znacznie śmiertelność, ale się chroni przed przewlekłością sprawy. Zabieg jednak nie powinien być wykonany wcześniej, niż miną objawy zapalenia płuc. Uśpienie eterowe jest w wielu wypadkach przeciwwskazane. Wystarcza zwykle znieczulenie miejscowe z ewentualnem dodatkowem zamroczeniem. Najbardziej wygodnym sposobem operacji jest wycięcie żebra i sączkowanie.

Leczenie ropni płucnych zależy od dokładnego umiejscowienia i wyrobionej techniki. Przytem wskazana jest współpraca chirurga z internistą i roentgenologiem. Autor nie radzi operować w okresie ostrym, kiedy otaczająca ropień tkanka płucna jest zapalnie nacieczona, a oskrzeliki wypełnione wydzieliną ropną. Nie należy również przystępować do zabiegu, jak długo stan ogólny pacjenta nie jest poprawny. Sam zabieg radzi autor wykonywać dwuczasowo: 1) wycięcie dwu żeber, odsłonięcie opłucny ściennej bez otwierania jamy opłucnej, pozostawienie wciśniętej silnie gazy, przepojonej merkurochromem; 2) 4—5 dni później otwarcie rany powtórne; płuco w miejscu, w którem leżała gaza jest przyrośnięte do opłucny ściennej, tak, że jamę ropnia można szeroko otworzyć. Wszystko to da się wykonać w znieczuleniu miejscowem.

Brońchiektazje, to trzecia sprawa godna uwagi: Autor radzi nie poprzestawać na wykręceniu n. przeponowego, ale wykonywać torakoplastykę.

XLVI, 3, 1928.

Starr Judd: *Torbiel przewodu wspólnego.* U 13-to letniej dziewczynki, cierpiącej z powodu napadów bólu w prawem podbrzuszu wykonano przed 5 laty wycięcie wyrostka rob. Napady się jednak powtórzyły. Bóle poczęły promieniować ku prawemu barkowi, wystąpiły wymioty, a nawet kilkakrotna żółtaczka.

Chorą przyjęto na klinikę i stwierdzono w dołku podsercowym ruchomy opór. Cholecystografja ujemna. Rozpoznano kamicę.

Podczas zabiegu znaleziono torbiel przewodu wspólnego o średnicy 18 cm. Połączono ją z dwunastnicą. Wyleczenie.

Jest to schorzenie bardzo rzadkie. W znanych dotychczas kilkudziesięciu przypadkach wykonywano zazwyczaj najpierw przetokę na zewnątrz, a dopiero później zakładano zespolenie torbieli z dwunastnicą. Obecnie radzą wykonywać pierwotne zespolenie z dwunastnicą, mimo to, że zabieg jest cięższy, ponieważ unika się w ten sposób wycieńczenia z powodu żółciotoku [1]).

Janik (Lwów).

---

[1]) W lwowskiej Klnice obserwowaliśmy podobną torbiel o rozmiarach znacznie większych. Z polskich autorów opisali takie przypadki: Bossakowski, Eljasberg, Janusz, Żaczek i Janik.

American Journal of Obstetrics and Gynecology.

Vol. XV. Nr. 3.

P. Titus, P. Dodds, E. W. Willetts (Pittsburgh, Pa.): *Wahania krzywej cukru we krwi chorych na rzucawkę porodową w stosunku do drgawek.* Zdaniem autorów w rzucawce porodowej występują znaczne zaburzenia w przemianie węglowodanów. Dowodzą tego zmiany w ilości cukru we krwi w czasie drgawek, jakkolwiek stan hyperglykemiczny nie jest charakterystyczny dla rzucawki. Zwiększone ilości cukru we krwi po drgawkach są wyrazem odczynu fizjologicznego na przebyte wysiłki mięśniowe. Drgawki są — zdaniem autorów — wywołane jedynie zaburzeniami w przemianie materji, a nie wyrazem zatrucia ciałami, które powstają w płodzie. Ustrój dąży do wyrównania zachwianej równowagi, dowodzą tego znaczne wahania krzywej cukru. Podawanie insuliny samej lub z glukozą jest nie tylko niepotrzebne, ale może być również szkodliwe, ponieważ ilości insuliny wytwarzane przez ustrój są zupełnie wystarczające. Jedynie skuteczne leczenie polega na bezwzględnym spokoju mięśniowym, morfinie, wodniku chloralu, siarczanie magnezowym i dużych, najlepiej dożylnych dawkach glukozy (50—75 gr glukozy na 200—300 ccm destylowanej wody), kilkakrotnie co 4—5 godzin. Za pomocą tej metody uzyskano wyleczenie rzucawki porodowej powikłanej zapaleniem nerwu krokowego.

L. E. Phaneuf (Boston, Mass.): *Znaczenie cięcia cesarskiego pochwowego w położnictwie.* Najczęstszemi wskaźnikami do tego zabiegu są schorzenia płuc, serca, nerek, zwężenia i blizny w szyji, zatrucia ciążowe; korzystnym warunkiem jest mały, niedonoszony płód. Natomiast cięcie cesarskie brzuszne należy wykonać w każdej ciąży po ośmiu miesiącach, w przypadkach mięśniaków, raków szyji, przedwczesnego odklejenia się łożyska prawidłowo usadowionego, przodującego łożyska, gdy życie płodu zagrożone jest skutkiem ucisku na pępowinę lub gdy matka zmarła lub jest umierająca.

Jako metodę poleca autor sposób Dührssena: rozszerzenie szyji lub wprowadzenie balonu i nacięcie przedniej, ewentualnie także tylnej ściany szyji. Naogół wyniki uzyskano dobre. Z 27 operowanych zmarła jedna operowana z powodu krwawienia i *purpura septica* w 5 m. c. W macicy znajdował się zmacerowany płód i około pół litra ropy.

U jednej operowanej już poprzednio dwa razy zapomocą cięcia cesarskiego brzusznego, wytworzyła się po operacji przetoka pęcherzowo-pochwowa.

S. W. Potter (Buffalo, N. Y.): *Natychmiastowa naprawa uszkodzeń porodowych kanału rodnego.* Omówiwszy istotne i najczęstsze uszkodzenia porodowe podaje autor własne sposoby zapobiegania im. Przedewszystkiem kładzie on nacisk na to, aby w czasie porodu opróżnić pęcherz i nie wykonywać żadnych zabiegów położniczych bez dostatecznego przygotowania kanału rodnego. przekonawszy się, że zranienia i uszkodzenia mogą powstać również podczas samoistnych porodów, przygotowuje on pochwę zapomocą ręcznego rozciągania jej w narkozie. W czasie przerzynania się główki powtrzymuje ją dopóki potylica nie ustawi się dobrze pod spojeniem łonowem, następni skoro ukażą się uszy, obraca główkę poprzecznie, aby po napiętem kroczu przechodziła gładka boczna cześć główki, a nie nos i bródka. Operację kleszczową uznaje on tylko wtedy, gdy główka znajduje się już w miednicy. Gdy główka ukaże się pod spojeniem odejmuje łyżki. Przed obrotem i wydobyciem płodu przygotowuje pochwę rozciągając ją ręcznie przez 20' — 30'. Następnie wchodzi ręką do macicy pomiędzy ścianą i pęcherzem płodowym, unikając odklejenia łożyska i przebija pęcherz możliwie wysoko, aby uniemożliwić odpływanie wód płodowych, chwyta obie nóżki i ściąga je Gdy ukażą się kolanka obraca płód kością krzyżową do zatoki krzyżowo-biodrowej, a następnie grzbietem do góry. Obie rączki powinny znajdować się po kolei pod spojeniem łonowem, a pociągać należy nie ku dołowi lecz w kierunku uda matki, którą układa w zmodyfikowanem położeniu Walchera.

Główkę należy do miednicy wcisnąć ręką operującą od zewnątrz, a nie wprowadzać ją zapomocą pociągania. Autor jest zwolennikiem zakładania kleszczy na główkę następującą.

Jako konieczny warunek do operacji uważa on głębokie uśpienie, niedostateczne bowiem uśpienie operowanej, może być przyczyną poważnych uszkodzeń.

Natychmiast po porodzie należy szczegółowo zbadać kanał rodny i ewentualne uszkodzenie naprawić.

W dalszym ciągu omawia autor różne rodzaje pęknięć szyji i pochwy i podaje (z rycinami) sposoby ich zeszycia, aby uniknąć późniejszych nadżerek i upławów, które zmuszają chorą do długiego i bezskutecznego leczenia, zeszywa zaraz po porodzie, o ile zaś się nie zgoi przez rychłozrost naprawi to później zapomocą plastycznej operacji

Henry Schmitz: (Chicago Ill.) *Przyczyny i leczenie krwawień macicznych.* Zestawienie przeglądowe podające przyczyny krwawień macicznych i ich leczenie. Przypadki dzieli autor na kilka grup i podaje obliczenia cyfrowe, z których wynikałoby że sprawy złośliwe będące przyczyną krwawień występują częściej u kobiet białych, aniżeli u kolorowych.

W dyskusji omawiane są obszernie tzw. młodzieńcze krwawienia, które mogą być tak silne i niedające się usunąć, że jedynym i ostatecznym ratunkiem bywa wycięcie macicy. Niektórzy radzą w tych przypadkach spróbować jeszcze leczenia promieniami radu.

William P. Healy: (New York N. Y.). *Wczesne rozpoznanie raka.* Wczesne rozpoznanie raka napotyka bardzo często na znaczne trudności, gdyż zależy ono nietylko od umiejscowienia cierpienia, ale także od rodzaju objawów, które cierpienie to wywoływa.

Do najwcześniejszych objawów raka, bez względu na jego umiejscowienie należą: uszkodzenie poprzedzające sam nowotwór, pojawienie się guzów w danym narzędzie lub powiększenie się nadmierne narządu i zmiana jego zbitości. O ile chodzi o raki skórne i na widzialnych błonach śluzowych mogą jako wskazówki służyć jeszcze dwa objawy: szybkie wytwarzanie się wrzodów i skłonność do przerzutów w gruczołach. Z tych przyczyn należy uważać za podejrzany każdy, choćby najmniejszy guzek w gruczole piersiowym i każdą nadżerkę i krwawienie u kobiet po okresie przekwitania.

Ścisłe rozpoznanie możliwe jest tylko na podstawie badania histologicznego.

F. Kellog: (Boston, Mass). *Przedwczesne odklejenie się łożyska prawidłowo usadowionego ze szczególnem uwzględnieniem nerek.* Na 165 przypadków przedwczesnego odklejenia się prawidłowo usadowionego łożyska 29 razy przyczyną było przewlekłe schorzenie nerek. 5 chorych nie miało drgawek pomimo zupełnego braku moczu, u 5 zaś wystąpiły drgawki przed odklejeniem się łożyska. W 11 przyp. obraz krwi był prawidłowy, a w moczu nie znaleziono składników nieprawidłowych. U 8 stwierdzono podwyższone ciśnienie krwi. Były to przypadki zatrucia ciążowego z białkomoczem i innemi objawami. Odklejenie się łożyska wystąpiło u nich właśnie w okresie poprawy lub wyleczenia. Najpoważniejszem powikłaniem jest brak moczu i autor radzi zwracać na nie szczególniejszą uwagę w leczeniu chorych z podwyższonem ciśnieniem krwi i drgawkami. Dobre wyniki w tych przypadkach ma dawać przetaczanie krwi i śródżylne wstrzykiwanie 25% glukozy. Dekapsulacja nerek natomiast nie daje dobrych wyników.

Przyczyna przedwczesnego odklejania się łożyska prawidłowo usadowionego i zatrucia ciążowego była w tych przypadkach jedna i ta sama.

R. D. Mussey, N. M. Keith: (Rochester, Minnesota). *Rokowanie w ostrem i przewlekłem zapaleniu nerek w ciąży.* Autor opisuje 14 przypadków. Ostre zapalenie nerek charakteryzuje się nagłem wystąpieniem, obrzękami, białkomoczem, wysokim ciężarem gat. moczu, zmianami na dnie oka. Rokowanie jest na ogół dobre.

W schorzeniach przewlekłych ciąża nie wpływa ujemnie na sprawę chorobową w nerkach, jakkolwiek w większości przypadków zmuszeni jesteśmy przerwać ciążę.

D. Hadden: (Oakland, Caliz). *Znaczenie przemieszczenia macicy do tyłu i zabiegi mające na celu naprawę położenia.* Z wyjątkiem nielicznych wypadków tyłozgięcia macicy u osób młodocianych, żadno inne tyłozgięcie macicy nie jest wolne od licznych powikłań.

Co do leczenia to u pierwiastek wystarcza najczęściej skrócenie więzadeł okrągłych, o ile macica jest wolną od zrostów. U wieloródek należy zawsze wykonać także plastykę. Autor używa metody Webstera we własnej modyfikacji.

P. W. Toombs, I. D. Michelson: Memphis, Tenn). *Zakażenie wywołane przez Clostridium Welchii w przypadku porodu przeciągającego się skutkiem włókniaków.* Przypadek dotyczy 32 letniej pierwiastki, u której lekarz próbował obrotu i wyciągnął lewą rączkę, którą odciął. W klinice, dokąd rodzącą przewieziono, ukończono poród zapomocą wypatroszenia płodu. Łożysko wyjęto ręcznie. Po 24 godz. wykazano we krwi *Clostridium Welchii.* Po 3 dniach chora zmarła. W dzień śmierci wystąpił bardzo silny obrzęk skóry całego ciała, a z nosa i z ust wydobywały się pęcherze gazowe. Obdukcja wykazała liczne śródścienne i podsurowicze włókniaki, a nadte objawy zakażenia gazotwórczemi drobnoustrojami.

Autor przeglądnął piśmiennictwo od 1597 r. odnoszące się do tego cierpienia. Wynika z niego, że 61% przypadków dotyczył poronień, reszta zaś przypada na długotrwałe porody w czasie których często badano rodzącą. Zarazek ten znajdywano niekiedy w pochwie zdrowych kobiet. Śmiertelność jest stosunkowo bardzo znaczna. Z zakażonych bowiem więcej niż 50% nmiera w ciągu 72 godzin.

P. Brodke Bland: (Philadelphia, Pa). *Czy usprawiedliwione jest postępowanie wyczekujące w przypadkach zaśniadu groniastego?* Na podstawie roztrząsań teoretycznych, zestawień obcych autorów i własnych 10 przypadków dochodzi autor do przekonania że jedynie słuszne i usprawiedliwione jest czynne postępowanie w każdym nadającym się do tego przypadku zaśniadu groniastego.

Fr. H. Falls: (Chicago, Ill). *Przebieg ciąży i porodu u pierwiastek z dwurożną macicą.* Zestawienie obejmuje 15 przypadków lżejszych zaburzeń rozwojowych pod postacią: *uterus septus, subseptus et arcuatus.* Występują one w 1% wszystkich rodzących i są przyczyną nieprawidłowych położeń płodu, a to położenia poprzecznego, skośnego i powodują przedłużanie się ciąży. Rozwiązanie opisanych 15 przypadków było: 4 razy zapomocą cięcia cesarskiego, 2 razy zapomocą obrotu, 2 razy ukończono poród operacją kleszczową. W czasie porodu powikłanego wspomnianemi zaburzeniami rozwojowemi występują często gwałtowne krwawienia w III okresie.

W. T. Dannreuther (New York): *Zapobieganie pooperacyjnemu zapaleniu miedniczek nerkowych.* Naogół jest to dość częste powikłanie po operacjach ginekologicznych. Występuje ono na drodze krwionośnej i stoi w związku z procesami gnilnemi w jelicie grubem. Jako środki zapobiegawcze podaje autor urotropinę, środki czyszczące i wysokie lewatywy.

E. Speidel (Louisville, Ky.): *Wymioty ciężarnych.* Zdaniem autora przyczyną wymiotów ciężarnych są rytmiczne skurcze ciężarnej macicy, które działają na drodze odruchowej wraz z zatruciem, wychodzącem z ciał tłuszczowych. Według Hardinga są one wyrazem wyczerpania wątroby, gdyż aż do 3-go miesiąca ciąży, zabiera tłuszcz z wątroby glykogen. Gdy wątroba płodu poczyna wytwarzać glykogen mogą wymioty nagle zniknąć. Czynnik nerwowy tłumaczy się zwiększoną wrażliwością całego ustroju. Pobudzenie systemu nerwowego współczulnego sprawia wysianie glykogenu do krwi, czemu towarzyszą nudności i wymioty. Te przypadki można często uleczyć sugestją.

Co do leczenia to autor zaleca dłuższe ranne leżenie w łóżku, zaniechanie spółkowania, niegotowanie potraw, zmiana dotychczasowego otoczenia i trybu życia. Wstrzykiwanie wyciągów ciałka żółtego wchodzi już w zakres leczenia sugestją, uspokajająco działają przetwory luminalu w małych dawkach. Czasem dobrze działa kilka kropli kwasu solnego rozpuszczonego lub lekkie środki czyszczące, zwalczanie kwasicy żołądkowej i pieczenia.

Djeta jest naogół rzeczą niezmiernie ważną, potrawy należy podawać w małych dawkach i niezbyt często.

Unikać należy wszelkich zabiegów na szyji macicy, o ile położenie macicy jest nieprawidłowe należy je poprawić. Wskazane jest leczenie zakładowe, a w stanach znaczniejszego wyniszczenia dobre wyniki osiąga się zapomocą lawatyw ze syropu i miodu, glukozy z bromem i wodnikiem chloralu. Dobrze działają też codzienne wstrzykiwania podskórne 250 gr soli fizjologicznej i dożylne wlewania 10% glukozy w ilości 500 ccm. Dla uspokojenia można wstrzykiwać pantopon i skopolaminę. W ciężkich przypadkach można łączyć glukoze z nowokainą podskórnie lub sondą do dwunastnicy, śródżylnie zaś zapomocą aparatu Hendona. Równie dobrze działa glukoza z dwuwęglanem sodu. Co do równoczesnego podawania insoliny, to zdania są podzielone.

Roztwory glukozy powinne być świeżo przyrządzone, o ciepłocie ciała, 5—10—25%. Najlepsze okazały się 16—18% (Wilder, Samson).

W ostateczności można wykonać przetaczanie krwi z następowem wstrzyknięciem fizjologicznego roztworu soli. Mimo tego leczenia zdarzały się przypadki, w których ostatecznie musiano przerwać ciążę.

James R. Bloss (Huntington, W, Va): *Nowoczesne położnictwo.* Praca oparta na bogatem doświadczeniu własnem, mająca na celu przekonać czytelnika, że zachowując wymagane obecnie przepisy i ostrożności można większość porodów przeprowadzić w domu, bez szkody dla rodzącej i dziecka. *K. Wiślański* (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.

Fortschritte der Medecin.

Czerwiec 1924.

Dr. Jul. Basch (Wrocław): *Doświadczenia z Bismogenolem Tosse w praktyce.* Autor przeprowadził Bismogenolem 74 kuracji przeciwkiłowych i omawia z punktu widzenia lekarza praktyka zalety tego sposobu leczenia. Zanim wprowadzono bizmut do leczenia kiły, Basch przeważnie stosował nierozpuszczalne sole rtęciowe, przedewszystkiem 10% Calomelvasenol. Pomimo działań ubocznych, często bardzo przykrych dla chorych, autor wolał stosować preparaty nierozpuszczalne ze względu na silniejsze i dłużej trwające ich działanie. W Bismogenolu znalazł Basch środek leczniczy, który, przewyższając nierozpuszczalne preparaty rtęciowe, nie wywołuje żadnych objawów ubocznych. Podczas gdy złogi metalicznej rtęci składające się w tkankach prawie zawsze wywołują dotkliwe bóle i często upośledzają ruchy, injekcje Bismogenolu zupełnie są niebolesne. Rtęć działa ujemnie na stan ogólny, wywołuje zmęczenie, osłabienie, brak łaknienia, podwyższenie ciepłoty, wychudzenie i anemję; Bismogenol natomiast wpływa korzystnie na samopoczucie, wygląd i wagę chorego. Po stosowaniu rtęci, pomimo starannej pielęgnacji jamy ustnej, widzimy często zapalenie dziąseł, białkomocz i biegunki, czego nie zauważyliśmy u żadnego z 74 chorych leczonych Bismogenolem.

Zestawiając powyższe wyniki, Basch mówi: „Stosując Bismogenol, który działa szybko na objawy kiłowe, unikamy wszystkich powikłań, które występują prawie zawsze przy silnych kuracjach rtęciowych i uniemożliwiają regularne ich przeprowadzenie".

Należy uważać za wielki postęp wprowadzenie do praktyki środka, który jest przyjemny dla chorych, nie posiada szkodliwych działań ubocznych i daje możność regularnego przeprowadzenia kuracji.

RUCH W STOWARZYSZENIACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie w dniu 20 października 1928 r.

Przewodniczy prezes kol. Rożkowski.

1) Przewodniczący wygłosił przemówienie z powodu śmierci Dr. Józefa Polaka, członka honorowego Częstochowskiego Tow. Lekarskiego; pamięć zmarłego uczczono przez powstanie.

2) Kol. Frenkenberg wygłosił odczyt: „Histeria a układ pozapiramidowy".

Pomimo licznych prac klinicznych i psychologicznych, poświęconych histerji, brak dotychczas określenia, które pozwalałoby z całą dokładnością rozpoznawać histerję. Dotychczas jeszcze rozpoznajemy ją drogą wyłączania chorób organicznych. Możemy w ten sposób odgraniczyć histerję od zaburzeń obwodowych, piramidowych i móżdżkowych. Cały jednak szereg zaburzeń pozapiramidowych tak dokładnie poznanych dzięki encephalitis epidemica, wysuwa na porządek dzienny kwestję rozgraniczenia tych zjawisk chorobowych a histerji.

Porównanie obu tych grup chorobowych wskazuje dość duże ich podobieństwo. Okres toniczny napadu histerycznego przypomina napady tak zw. sztywności odmóżdżkowej *(decerebrate rigidity)*, która występuje klinicznie i doświadczalnie po przerwaniu *tractus rubro-spinalis,* drogi wybitnie pozapiramidowej. Mamy wówczas sztywność mięśni, dochodzącą nieraz do *arc de cercle,* kończyny dolne są wyprostowane, górne przywiedzione, nawrócone, dłonie i palce zgięte. W okresie klonicznym histerji widzimy skurcze pojedynczych mięśni, to samo w encephalitis. jako myoklonie i tiki.

Rozległe ruchy z okresu clownizmu przypominają tak zw. ruchy pajaca w encephalitis epidemica. Chorea infectiosa i hysterica są nieraz łudząco do siebie podobne.

Ułożenie daszkowate dłoni tak częste u parkinsoników było już przez Charcot'a opisane u histeryków. Zaburzenia w napięciu antagonistów tak charakterystyczne dla zaburzeń pozapiramidowych nierzadko stwierdzamy w histerji.

Suggestywność, tak wybitnie cechująca histerję, odgrywa niemałą rolę w parkinsonizmie, gdzie doprowadza nieraz do tak zw. kinésie paradoxale: chorzy dotychczas nieruchomi stają się bardzo ożywieni, biegają, tańczą i t. p.

Wreszcie zaburzenia histeryczne występują u parkinsoników w postaci napadowego skręcenia głowy i gałek ocznych.

Należy podkreślić, że zaburzenia pozapiramidowe są bardzo wyraźne, trwałe, często nasilające się, co ułatwiło dokładne ich poznanie, podczas gdy zaburzenia histeryczne są niezawsze wyraźne, nietrwałe, często szybko ustępujące. Nie stwierdzono w histerji objawu koła zębatego. W stanie psychicznym w histerji uderza nieraz celowość danego zaburzenia, czego nie widzimy w chorobach organicznych.

Na podobieństwo zaburzeń ruchowych histerycznych i pozapiramidowych zwraca uwagę coraz wiecej badaczy. Z tego podo-

bieństwa nie należy jednak wyciągać wniosku, że zaburzenia histeryczne mają podłoże organiczne. Nie przesądzając na razie mechanizmu psychologicznego zaburzeń histerycznych, możemy jedynie stwierdzić, że histerja jest reakcją psychiczną, podczas której występują na jaw, na drodze czynnościowej, pewne mechanizmy ruchowe, kórych cechy poznaliśmy dokładniej dzięki studjom nad zaburzeniami pochodzenia pozapiramidowego. (Streszczenie własne).

W dyskusji przemawiali: Okuszko, St. Kon, Sobel, Łokczewski i prelegent.

Zdaniem kol. Okuszki w poglądach prelegenta i jego usiłowaniu wykazania tożsamości w objawach histerji i spraw pozapiramidowych tkwi pewna przesada, nie można bowiem całkowicie zestawiać histerji ze stanami pozapiramidowemi: histerja jestto sprawa w każdym razie psychiczna, w sprawach podkorowych objawy mają charakter stały, w histerji mamy przeciwnie zmienność objawów, drugą cechę różnicową mamy w psychice chorych. Analogje ruchowe nie są dostateczne.

St. Kon przypomina, że przeważny odsetek chorych na histerję stanowią kobiety około 80% tło choroby stanowią przeważnie zoburzenia sfery płciowej. Kol. Sobol mówił o podniesionej ciepłocie w napadach histerycznych, zna przypadek przy objawie arc de cercle była T° 38 i po podaniu scopolaminy atak ustąpił. Kol. Łokczewski podaje przypadek, gdzie u uczenicy w okresie egzaminów T° w sprawie nerkowej poniosła się powyżej 41° i nastąpiło wyzdrowienie.

Prelegent w dłuższem przemówieniu uzupełnia odczyt, podając hipotezy powstania histerji.

Histerja byłaby odmianą schizofrenji, o ile uznawać w niej rozczepienie osobowości. O ile brać pod uwagę Freuda o stanach podświadomości — powstawać mogą nowe hipotezy. Zasadniczo mogą tu być dwie drogi: albo psychiczna to znaczy podświadomość z konwersją, albo czysto neurologiczna — powrót do poglądów Charcot'a. W konkluzji prelegent wyjaśnia, że nie usiłował dowieść w histerji zmian organicznych, tylko zaburzenia neurodynamiczne. Kol. St. Konowi odpowiada, że w czasie wielkiej wojny obserwowano masowo histerję u mężczyzn, jako tak zw. *Flucht in die Krankheit;* układ nerwowy kobiecy jest niewątpliwie więcej chwiejny „labilny". Że T° w histerji może być podniesioną, jest rzeczą znaną. Kol. Okuszko w zakończeniu dyskusji zaznacza, że stany podświadome są stwierdzone realnie, nie hipotetycznie. Rozszczepienie osobowości w histerji jest natomiast bardzo luźną hipotezą.

III. Prezes Rożkowski wygłosił odczyt: „Stała hipotonja tętnicza, jako zaburzenie samoistne, konstytucjonalne".

Na wstępie prelegent omawia w krótkim zarysie historyczny rozwój pojęć o hipotonji tętniczej, przytacza badania Pala, Munka, Martiniego, Pieracha i streszcza szczegółowo poglądy autorów francuskich Lian'a i Blondel'a. Autorowie ci usiłują dowieść, że na wzór nadciśnienia samoistnego istnieje odrębny zespół objawowy, w którym główną rolę gra nadmiernie niskie ciśnienie krwi, obok niego zaś grupują się mniej lub więcej stale inne objawy współtowarzyszące, a może nawet związane przyczynowo z tem zasadniczem zaburzeniem ciśnienia. Pod względem klinicznym zespół ten cechują 4 następujące objawy: hipotonja, skłonność do omdleń, nadmierne męczenie się i sinica kończyn. Oprócz postaci typowych istnieją postacie niedorozwinięte, skryte, jednoobjawowe, w których oprócz niskiego ciśnienia krwi niema żadnych innych objawów chorobowych. Zdaniem prelegenta tworzenie z tych postaci odrębnej jednostki nozograficznej niema dostatecznej podstawy.

Zmniejszenie ciśnienia krwi może być stale albo też może zjawiać się okresowo w postaci ostrych i gwałtownych spadków (przełamów), w których inne objawy współtowarzyszące występują ze zdwojoną siłą (2—4 omdlenia w ciagu kilku godzin). Przypadki te zasługują na uwagę dlatego, że zdają się usprawiedliwiać przypuszczenie o związku przyczynowym między natężeniem objawów chorobowych i spadkiem ciśnienia. U wielu osobników między temi 2 rodzajami zaburzeń można zauważyć pewną równoległość. Nie jest wyłączone, że nagła śmierć w niektórych chorobach zakaźnych może być w związku z gwałtownym spadkiem ciśnienia krwi u osób, dotkniętych stałą hipotonją tętniczą. Rokowanie, jest naogół pomyślne. Prelegent odnosi się z pewnem niedowierzaniem do opisów ciężkiej niedomogi serca z rozstrzenią lewej komory na skutek stałego niskiego ciśnienia. Można chyba powiedzieć na pewno, że ludzie, mający niskie ciśnienie krwi, żyją dłużej, aniżeli chorzy dotknięci hipertonią samoistną, która jest jedną z najczęstszych przyczyn śmierci w wieku starszym (50—60 lat).

Etjologja i patogeneza tej sprawy są zupełnie ciemne. W każdym razie nie można tego zespołu utożsamiać z niedomogą nadnerczy, Prawdopodobnie mamy tu do czynienia z głębszem zaburzeniem układu nerwowego i gruczołowego (hormonalnego), powstającem na tle konstytucjonalnem.

Najlepszym środkiem leczniczym jest strychnina podskórnie w dawkach dużych, systematycznie zwiększanych (aż do 6—10 mg. dziennie). Działanie adrenaliny jest krótkotrwałe. Oprócz strychniny prelegent stosuje ephetoninę do wewnątrz i ogólne leczenie wzmacniające. (Streszczenie własne.)

Uroczyste posiedzenie w dniu 12 listopada 1928 r.

Dla uczczenia 10 lecia niepodległości Polski odbyło się uroczyste posiedzenie Tow. lekarskiego i Związku lekarzy. Lokal Tow. był udekorowany kwieciem i portretami prezydenta Rzeczypospolitej i marszałka Piłsudskiego.

Posiedzenie zagaił prezes Różkowski, podnosząc w swej mowie zasługi dla ojczyzny nieznanego i zapomnianego lekarza. Na wniosek mówcy pamięć nieznanego lekarza uczczono przez powstanie.

Odczyty wygłosili: 1) prof. Sikorski „o rozwoju ekonomicznym Polski w ciągu pierwszego 10-lecia niepodległości i 2) dyr. Sidor „o rozwoju szkolnictwa i stanie kultury Polski niepodległej".

Sprawozdanie z posiedzenia zostało ogłoszone w prasie miejscowej.

Posiedzenie kliniczne w szpitalu na Zawodziu
w dniu 2-go grudnia 1928 r.

I. Kol. St. Kon pokazał i omówił:

1) Przypadek z praktyki szpitalnej: ciężarna w 9-tym miesiącu miała objawy zamknięcia kiszek, stan był gorączkowy i wykonano cięcie cesarskie otrzymując dziecko żywe; Kol. Mikulski stwierdził skręt esicy i wykonał odwrócenie ręczne esicy, skręt był na 180° trwał 4—5 dni, pomimo to stanu zapalnego nie było, kreska była zadługa.

2) omówił przebieg choroby 32 letniej kobiety, ciekawy pod względem rozpoznawczym. Chora ta miała trzy porody prawidłowe i dwa poronienia. Zachorowała we wrześniu, miała krwawienie maciczne, dreszcze, temp. 39.2°, później ból krzyża i upławy. Rozpoznawano narazie poronienie, wobec nieustającej gorączki. Chora udała się na klinikę do Krakowa, wróciła w dalszym ciągu chora, — w Krakowie przypuszczano sprawę gruźliczną kręgów *(spondylitis tbc.),* i stosowano tak zw. łóżko gipsowe. Badanie ginekologiczne wykazało: nacieczenie zapalne prawej strony brzucha, w moczu ciałka ropne, w płucach rzężenie rozsiane, śledziona powiększona i macalna — słowem, sprawa septyczna przewlekła po poronieniu.

W dyskusji z powodu tego przypadku przemawiali kol.: Frenkenberg, Konar, Rożkowski Abusch (z Radomska), Mikulski i Szaniawski.

Kol. Frenkenberg podaje poniższe:

Stan chorej w dniu 30/IX: nie może unosić wyprostowanych kończyn dolnych, oba m. m. *quadricipites* kurczą się jednak zupełnie prawidłowo, zgięcie czynne we wszystkich stawach możliwe. Objaw *Lasègu'a* obustronnie dodatni, odruchy kolanowe i Achillesa żywe, równe. Czucia nie można było zbadać z powodu silnego niepokoju chorej, temp. 37.6°.

Stan w dniu 2/XII: chora unosi dość dobrze obie kończyny dolne. Objaw *Lasègu'a* zaznaczony po stronie prawej. Odruchy kolanowe i Achillesa nieco żywsze po stronie prawej, na prawem udzie pas hypalgiczny. Ruchy kręgosłupa ograniczone. Chora skarży się na ból opasujący. Ucisk kręgów lędźwiowych nieco bolesny. Kol. Frenkenberg, powołując się na radjogram odrzuca w tym przypadku rozpoznanie gruźlicy, przemawia raczej za *spondylis infectiosa.*

Kol. Konar komunikuje szczegółowy wynik badania krwi w tym przypadku (75% ciałek wielojądzawych). Preses Różkowski zaznacza, że choroba wystąpiła tu wcześniej niż poronienie — niewątpliwie jakaś sprawa infekcyjna w kręgach i *radiculitis.* W płucach gruźlica włóknista.

Kol. Abusz w dłuższem przemówieniu uzasadnia w tym przypadku rozpoznanie sprawy ropnej dróg moczowych. W odpowiedzi kol. Różkowski zaznacza popełnioną często przesadę w rozpoznawaniu *pyelitis:* kilka ciałek ropnych w polu widzenia nie upoważnia do rozpoznania tej sprawy

Kol. Szaniawski zaznacza, że w początkowym okresie spondylitu Roentgen może dawać wyniki ujemne. Kol. Mikulski, szukając wytłumaczenia wycieku ropnego u chorej przypuszcza istnienie ropnia okostnowego, ponieważ ropień tak zw. opadowy nie mógł powstać w tak krótkim czasie.

II. Kol. Lipiński omówił przypadek gruźlicy płuc u osoby 18 letniej o przebiegu pomyślnym: chora ta miewała krwioplucia, miała

obarczenie rodzinne: przed 2 miesiącami przechodziła grypę i miała gorączkę do 39°, Roentgen wykazywał zmiany, laseczników Kocha nie stwierdzono. Obecnie stan pomyślny.

W dyskusji kol. Stawnicki zaleca dużą ogledność w rokowaniu w przypadkach gruźlicy płuc — zna przypadek, gdzie pomimo dużych zmian obustronnych, wychudnienia i obrzęków chora zaczęła stopniowo poprawiać się, z biegiem lat urodziła 4 razy, i obecnie jest zdrowa.

Prezes Rożkowski sądzi, że w takich przypadkach często sprawy płucnę innego pochodzenia np. grypowe, są rozpoznawane jako gruźlicze. Zaleca nie pomijać nigdy badania plwociny na laseczniki.

III. Kol. Mikulski pokazał i omówił poniższe przypadki: 1) dziewczynka 13 letnia, rozpoznawano *appendicitis* o przebiegu przewlekłym, bezgorączkowym — operacja — wynik wyzdrowienie. Pokaz otrzymanego preparatu: wyrostek robaczkowy wydłużony, 12 cm. długi, wypełniony glistami — owsikiem.

2) Chłopiec 12 letni chory od sierpnia, miał wówczas gruczoł duży pod szczęką dolną; w październiku miał duży guz nowotworowy w okolicy szczęki górnej, rozpoznawany jako mięsak. Operowany 2 razy, pokaz usuniętego dużego guza.

3) Chora na kamicę żółciową, kamienie odchodziły w dużej ilości od 30 do 70 (oliwa). Przybyła do szpitala z objawami zamknięcia kiszek; operacja cystostomia: usunięto duży kamień, pęcherzyk był podziurawiony i zropiały, założono dren — chora obecnie w okresie zdrowienia. Kamienie, które poprzednio odchodziły w dużej liczbie po użyciu oliwy, uważać należy jako tak zw. kamienie kiszkowe.

IV. Kol. Batawia 1) omawia przypadek wczesnego zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego. U 42 letniego D. G. nazajutrz po kąpieli rzecznej wystąpił ból w lewem uchu. Następnego dnia kol. B. stwierdził ostre zapalenie ucha średniego. Chory tegoż dnia powrócił do domu (koleją do Myszkowa), lecz stan jego stale się pogarszał, i nazajutrz wymiotował i stracił przytomność. Tegoż dnia wieczorem chorego przywieziono do szpitala, gdzie kol. B. już stwierdził sztywność karku. Po paracentezie chory oprzytomniał lecz objawy zapalenia mózgu, następnego dnia wystąpiły w całej pełni: opisthonus, Kernik, Babiński, Oppenheima, płyn mózgowo-rdzeniowy mętny wypływał pod dużem ciśnieniem, powyżej 500 ciałek białych w 1 mm^3. Tegoż dnia — operacja — antrotomia z szerokiem obnażeniem tylnej i średniej jamy czaszkowej. W wyrostku sutkowym ropy nie znaleziono, w komórkach sutkowych krwisto-surowiczy płyn. Opona twarda była silnie przekrwiona. Po operacji stan chorego stopniowo się poprawiał, jedynie bóle głowy trwały przez czas dłuższy. Chory zupełnie wyzdrowiał. Przypadek powyższy ciekawy po pierwsze z tego względu, że objawy mózgowe wystąpiły tu już w 3 dniu po pierwszym bólu w uchu a po drugie ze względu na pomyślny wynik operacji.

2) Kol. B. pokazał preparat guza usuniętego z jamy nosowo-gardłowej u 5 tygodniowego oseska. Guz ten wypełniał prawie całą jamę nosowo-gardłową a dolna jego część leżała na tylnej ścianie gardzieli, sięgając górnej części krtani. Guz ten miał długości 4,5 cm., szerokości w górnej części 1,7 w dolnej 1,3 cm. Ten wrodzony guz w wysokim stopniu utrudniał oddychanie i odżywianie niemowlęcia. Badanie drobnowidowe stwierdziło, że guz zawiera tkankę łączną włóknistą, obficie unaczynioną. Kol. B. podnosi wyjątkową rzadkość guza jamy nosowo-gardłowej w pierwszych tygodniach życia, i omawia genezę wrodzonych nowotworów retronasi i ich patologję. (Streszczenie własne).

V. Kol. Frenkenberg pokazał i omówił: 1) przypadek *paraplegiae spasticae* u mężczyzn na tle kiłowem. Od 3 tygodni szybko rozwijające się porażenie spastyczne obu kończyn dolnych z rozległemi zaburzeniami czucia. Odczyn Wassermana we krwi ujemny. Na nakłucie lędźwiowe chory nie zgodził się. We krwi 30% limfocytów. Próbne leczenie specyficzne dało wynik pomyślny. Obecnie chory chodzi, pozostały jednak klonusy i odruchy patologiczne.

2) Przypadek niezupełnego przerwania rdzenia kręgowego u młodego człowieka na skutek rany kłutej (nożem) na wysokości 2-go kręgu piersiowego. Obecnie blizna po stronie lewej, zespół objawów Brown-Sequard'a. Streszczenie własne).

Posiedzenie w dniu 29 grudnia 1928 r.

Przewodniczy wiceprezes Tow. kol. Wrześniowski.

1) Kol. Szaniawski, Frenkenberg — pokaz dziewczynki 11 letnij z ciekawą pod względem rozpoznawczym chorobą układu nerwowego ośrodkowego.

Kol. Szaniawski: Dziecko w rodzinie pierwsze, rodzice zdrowi, przechodziło krzywicę i odrę, zaczęło chorować od 2 lat, przebieg był zmienny: nie mogła chodzić, czasowo bywało lepiej, i znowu nie mogła chodzić. Obecnie jest bezład kończyn dolnych, kończyny górne normalne; prześwietlenie kręgosłupa nic nie wykazało, Pirquet ujemny, Wasserman ujemny, badanie krwi — limfocytów 30%.

Kol. Frenkenberg podał poniższe wyniki badania: dziewczynka miała oczopląs, obecnie słabo uwydatniony, na dnie oka lewego — rozszerzenie żył; w kończynach górnych było drżenie zamiarowe, tremor i diadochokineza kiści; odruchy brzuszne zachowane tylko górne, Babińskiego brak, objaw Romberga wybitny. W porównaniu do stanu z przed 3 tygodni — poprawa, ponieważ wtedy nie mogła chodzić. Kol. Frenkenberg rozpoznaje w tym przypadku stwardnienie wieloogniskowe *sclerosis disseminata* postać rzadko spotykana u dzieci; w rozpoznaniu różnicowem można brać pod uwagę chorobę Friedreicha, jako najwięcej zbliżoną objawowo, mamy tu również bezład kończyn i oczopląs, w tej chorobie jednak nie bywa zmian na lepsze i odruchy szybko giną.

W dyskusji kol. Marczewski zestawiając krytycznie spostrzegane objawy, uważa rozpoznanie za niepewne i wymagające dalszej obserwacji.

2) Kol. Lewkowicz odczytał referat „o zachowawczem leczeniu zaćmy starczej“. Streszczenia obszernego referatu nie nadesłano. Prelegent podał na wstępie rozwój historyczny pojęcia o zaćmie, następnie omówił szczegółowo stosowane dawniej i obecnie sposoby leczenia zachowawczego zaćmy.

W dyskusji przemawiali: kol. Marczewski, Wrześniowski i Łokczewski.

Kol. Marczewski na wstępie dziękował prelegentowi za wyczerpujące zestawienie patogenezy zaćmy i usiłowań leczenia zachowawczego. Poszukiwanie dróg leczenia nieoperacyjnego zaćmy, aczkolwiek zrozumiałe, prowadzi niekiedy do rzeczy horendalnych.

Patogeneza zaćmy nie jest jednolita, przyczyna nie jest jedna: raz przymiot, drugi — cukrzyca, trzeci — drgawki i t. d., bywa zaćma warstwowa u dzieci albo centralna (niekiedy na tle przymiotu) — wobec tego próby leczenia są usprawiedliwione. Dotąd najlepsze wyniki dawał jod, organoteropię mówca stosował mało i doświadczenia własnego w tym kierunku nie ma. Są zaćmy mniej i więcej dokuczliwe, mniej lub więcej upośledzające wzrok. O ile środki organoteropeutyczne działają dodatnio na ogólny tonus, moga one i na zaćmę działać korzystnie. Poprawy można spodziewać się wyłącznie w zaćmach traumatycznych u osób młodych (oczywiście po urazach niezbyt ciężkich) te przypadki są niezmiernie rzadkie, gdzie są uszkodzenia rozległe, sprawa się szybko pogarsza. Wniosek ostateczny: na leczenie nieoperacyjne zaćmy liczyć wiele nie można.

Kol. Wrześniowski sądzi, że trudno na szeroką skalę stosować organoterapię, ponieważ preparaty te, poza nielicznemi wyjątkami, jak pituglandol, thyreoidyna, adrenalina, są niestałe i dają objawy uboczne. Leczenie gruczołami płciowemi daje wyniki krótkotrwałe.

Kol. Łokczewski jest zdania, że szerzenie wśród szerokich warst ludności, zasadniczo źle usposobionej do zabiegów operacyjnych, poglądów na możliwe wyleczenie zaćmy sposobem zachowawczym może mieć tę stronę ujemną, że zniechęci chorych potrzebujących operacji do wskazanego zabiegu radykalnego.

Sekretarz *K. Łokczewski.*

Towarzystwo lekarskie lubelskie.

Srawozdanie z posiedzenia rocznego z dnia 4. I. 1929

1) Kol. L. Kagan: przedstawia pacjentkę 2 letnią z *chondrodystrophia foetalis*. Typowe objawy, jak mikromelia, dysproporcja pomiędzy długością tułowia i kończyn, wielkość główki, lordosis oraz charakterystyczne obrazy roentgenologiczne pozwalają na niewątpliwe ustalenie rozpoznania tej rzadkiej wady rozwojowej. Następnie przedstawia kol. Kagan dziecko 4½ miesieczne, które od 3-go dnia życia ma żółtaczkę. Stolce jasne, białawe, wątroba sięga na 1½ palca poniżej pępka, twarda, gładka, o równym brzegu. Śledziona znacznie powiększona, twarda. W kale dużo tłuszczu, brak barwików żółciowych, w moczu brak urobiliny, natomiast znajduje się dużo bilirubiny. odczyn Wassermana u dziecka i rodziców ujemny. W rozpoznaniu różniczkowem kol. Kagan wyklucza szereg spraw chorobowych jak kiłę, *ict. neonatorum icter. gravis habitualis,* sprawy nowotworowe i pasożytnicze, motywując równocześnie swoje rozpoznanie: *cirrhosis hepatis biliaris hypertrophica* w następstwie wrodzonej niedrożności dróg żółciowych.

Następnie odczytano i przyjęto:

1) Protokół poprzedniego zebrania.

2) Sprawozdanie roczne Zarządu z działalności Twa w r. 1928.

3) Sprawozdanie roczne komisji biblioteczno-odczytowej.
4) Sprawozdanie roczne bibiotekarza.
5) Sprawozdanie roczne z działalności Pracowni Anatomo-Patologicznej.
6) Sprawozdanie roczne kasowe i protokół komisji rewizyjnej, preliminarz budżetowy na r. 1929 i sprawozdanie rachunkowe Pracowni Anat. Patol. Poza porządkiem dziennym zabiera głos Dr. M. Amsztajn, który proponuje wybór Dr. K. Jaczewskiego na Członka Honorowego Twa dla uczczenia Jego długoletniej owocnej pracy na terenie Twa. Wniosek ten przyjęto jednogłośnie. Przewodniczący Twa Dr. W. Drożdż w przemówieniu swem charakteryzuje ogólnie działalność Twa w roku sprawozdawczym, poczem przystąpiono do wyboru Zarządu Twa na rok 1929. Na przewodniczącego wybrano Dr. J. Modrzewskiego, na wiceprzewodniczącego Dr. E. Kujawskiego, na skarbnika Dr. Brzezińskiego, na sekretarza Dr. J. Morozową, na bibliotekarza Dr. J. Anasiewicza, na zastępcy sekretarza Dr. Chromińskiego. Do Komisji rewizyjnej wybrano Dr. T. Kożuchowskiego, Lerkama i Stano, do Komisji biblioteczno-odczytowej Dr. W. Drożdża, K. Jaczewskiego i K. Jaworskiego.

Posiedzenie z dnia 20. I. 1929. w Szpitalu św. Jana Bożego.

1) Dr. M. Biernacki: Nacz. Lekarz Szp. św. Jana B. wygłasza referat *O sytuacji gospodarczej i finansowej Szpitala św. J. B.* w którem przedstawia pokrótce dzieje szpitala w latach przedwojennych, dalej trudne sytuacje, w jakich znajdował się szpital w czasie wojny światowej, wreszcie najcięższy finansowo okres pierwszych lat po odzyskaniu niepodległości przez państwo polskie.

W ostatnim roku po przejściu Szpitala pod zarząd miasta, warunki finansowe zaczęły się poprawiać, co pozwoliło zająć się wydatniej innemi dziedzinami pracy szpitalnej, a więc wprowadzeniem regulaminu oraz pewnemi zmianami w organizacji pracy lekarskiej. W zakończeniu referatu Dr. Biernacki wyraża przekonanie że w niedalekiej już przyszłości szpital zabezpieczony pod względem gospodarczym i zaopatrzony w odpowiednie urządzenia będzie mógł stać się warsztatem twórczej pracy naukowej dla lekarzy, którzy przepracowali szereg lat w nader ciężkich warunkach. Po referacie wywiązała się ożywiona dyskusja, w której omawiano sprawy dotyczące organizacji pracy lekarskiej w szpitalach.

2) Następnie Dr. M. Szafnicki przedstawia na 2 chorych wyniki leczenia jaglicy oraz odczepienia siatkówki metodami najprostszemi i najszybszemi, do jakich często zmuszają warunki pracy na prowincji: a więc przy jaglicy met. Gunbarta, tj. wstrzykiwaniem pod spojówkę 10 proc. roztworu hydrarg-oxycyanat z novokainą, (której to metody nie należy stosować u ludzi w starszym wieku, z kruchemi naczyniami); w leczeniu odczepienia siatkówki dobry wynik daje metoda Sourdine'a: wprowadzenie tegoż roztworu pomiędzy siatkówkę i naczyniówkę.

Dr. Szafnicki przedstawia pozatem chorą, dziewczynkę 13 letnią z wrzodem rogówki wywołanym sprawą grzybkową. Istnieje w tym przypadku podejrzenie w kierunku promienicy, której jednak nie udało się stanowczo ustalić, badanie mikroskopowe nie rozstrzygnęło dotychczas pomiędzy promienicą a inną możliwą sprawą grzybkową.

3) Kol. S. Moroz wygłasza referat *O odmie sztucznej.* Nawiązując do wygłoszonych poprzednio w Twie przez kol. J. Arnsztajna i Rudolfa referatów, w których omówiono teorje naukowe działania odmy, kol. Moroz porusza przedewszystkiem zagadnienia natury praktycznej, jakie nasuwają się przy stosowaniu tej metody, a więc wskazania i przeciwskazania, technikę i częstość zabiegu, różne typy aparatów, wpływ odmy na różne objawy gruźlicy, niebezpieczeństwa i komplikacje, jakie zachodzą w przebiegu leczenia odmą, wreszcie przedstawia 3 chore leczone odmą z wynikiem wybitnie dodatnim.

Posiedzenie z dnia 4. II. 1929 r.

1) Kol. J. Arnsztajn przedstawia pacjentkę 25 letnią chorą od 3 lat, z gruźliczem ogniskiem *exsudacji alveolarne* pod lewym obojczykiem. Wielokrotne prześwietlanie klatki piersiowej nie wykazało zmian, prątki w plwocinie raz tylko znaleziono. Założenie odmy sztucznej nie udaje się z powodu zrostów opłucnej.

2) Kol. J. Anasiewicz przedstawia typowy przypadek ch. Recklinghausena, u pacjenta lat około 50. Na skórze tułowia i kończyn bardzo licznie rozsiane guzki różnej wielkości, pozatem widoczne drobne pigmentacje skóry i większe zaciemnienia. Chory okazuje również objawy niedorozwoju umysłowego. Badanie histologiczne guzków potwierdza rozpoznanie kliniczne.

3) Dr. K. Jaczewski dziękując kolegom za wybór na Członka Honorowego Towarzystwa, wspomina w przemówieniu swem chlubne tradycje T-wa które za czasów rosyjskiego panowania na naszej ziemi spełniało rolę nietylko organizacji naukowej lecz i placówki narodowej, dziś zaś, w tak odmiennych i pomyślnych warunkach istnienia może wszystkie swe siły oddać wspólnej pracy dla dobra nauki.

4) Po odczytaniu protokołu poprzedniego zebrania przystąpiono do sprawy wyboru delegata Twa do Rady Fundacyjnej Szpitala św. Wincentego á Paulo w Lublinie. Na delegata wybrano Dr. J. Modrzewskiego.

Sekretarz: *Dr. Morozowa.* Prezes: *Dr. Modrzewski.*

LISTY DO REDAKCJI.

Do
Szanownej Redakcji Polskiej Gazety Lekarskiej
we Lwowie.

Najuprzejmiej proszę o umieszczenie — o ile możności w najbliższym numerze Polskiej Gazety Lekarskiej — następujących wyjaśnień w sprawach poruszonych w liście do Redakcji, nmieszczonym w 31 numerze P. G. L.:

W liście tym pan dr. H. Higier czyni władzom Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich zarzut z powodu rozbieżności w określeniu czasu trwania przemówień przez Komitet i przez przewodniczących poszczególnych sekcji naukowych. Rozbieżność ta pochodzi stąd, że § 25 ustawy Zjazdu L. i P. P., oznaczając ogólnie czas trwania przemówień na 20 minut dla wykładów, zaś 10 minut dla uwag dyskusyjnych, pozostawia w ostatnim swoim ustępie gospodarzom poszczególnych sekcji pewną swobodę w określeniu czasu trwania przemówień w sekcjach. Jeśli z tej swobody niektórzy gospodarze sekcji korzystają, to działają oni zgodnie z ustawą Zjazdów.

Ponadto zwraca pan dr. H. Higier uwagę na jakoby zbyt długi czas trwania przemówień, przeznaczony dla biorących udział w dyskusji (prawo dwukrotnego przemawiania po 10 minut). Jednakże taki właśnie okres przewiduje tenże § 25 ustawy zjazdowej.

Nie przeczę, że zmiana § 25 ustawy Zjazdów mogłaby być pożądana. W takim razie należałoby pójść drogą przewidzianą w § 27 ustawy: „Projekta zmiany ustawy niniejszej należy wnosić najdalej na cztery tygodnie przed rozpoczęciem Zjazdu do Delegacji, która je z odpowiednim wnioskiem własnym Zjazdowi przedstawi".

Prof. dr. K. Michejda sekretarz generalny 13 Zjazdu Lekarzy i przyrodników Polski.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Zawarcie umowy z Kasą Chorych. Podajemy do wiadomości zainteresowanych członków, że została zawarta umowa pomiędzy Zarządem Kasy Chorych m. Warszawy a Zrzeszeniem Lekarzy Kasy Chorych m. Warszawy i obowiązuje od dnia 1 lipca b. r. Treść umowy w dosłownem brzmieniu ogłoszona została w „Nowinach Społeczno-Lekarskich" Nr. 14/29, str. 248 — 251.

Lwów.

Rektorem Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie na rok szkolny 1929/30 wybrano Profesora chirurgji Dr. Hilarego Schramma.

Z kraju.

W dniach 1 — 3 września r. b. odbędzie się w Ciechocinku II. Lekarski Kurs Dokształcający. Zeszłoroczny Kurs zgromadził w Ciechocinku około 500 osób z najdalszych rubieży Rzeczypospolitej. Pragnąc utrzymać na jak najwyższym poziomie Kurs tegoroczny Komitet Organizacyjny zaprosił na wykłady wybitnych przedstawicieli poszczególnych gałęzi wiedzy lekarskiej.

Wykłady wygłoszą: Prof. Wierzejewski, Prof. Jezierski, Prof. Mayer, Prof. Karwowski z Poznania, Prof. Gröer i Doc. Sabatowski ze Lwowa, Prof. Nowak i Doc. Janiszewski z Krakowa,

Prof. Szmurło z Wilna, Prof. Hirszfeld, Doc. Melanowski, Doc. Karwacki i Doc. Wojciechowski z Warszawy.

W programie Kursu przewidziano zwiedzenie Ciechocinka i jego urządzeń balneotechnicznych, wycieczkę do Czerniewic—Zdroju, do Inowrocławia na Zjazd Higjenistów, oraz na P. W. K. do Poznania.

Dyrektor Zakładu Zdrojowego wydaje bankiet.

Ze względu na ograniczoną do 300 osób liczbę uczestników Komitet prosi o jak najszybsze zgłaszanie się pod adresem: Dr. med. Czesław Hoppe — Sekretarz Komitetu Ciechocinek „Ortos".

Osoby zgłoszone po przekroczeniu tej cyfry będą przyjmowane bez ułatwień ze strony Komitetu.

Międzynarodowa naukowa wycieczka lekarzy do Egiptu (—Palestyny) i do Indyj. Dzięki inicjatywie prymarjusza Dr. Fryderyka Baracha (Wiedeń) wybierają się lekarze austrjaccy 12 grudnia 1929 r. do Egiptu. Uczestnicy wycieczki zwiedzą zakłady lecznicze i zabytki sztuki w Kairze i okolicy. Dalszy plan wycieczki: Jedna część uczestników może pozostać w Egipcie i pojedzie do Luxoru i Assuanu, a druga część wyjedzie 25 grudnia z Port Saidu do Indyj, a mianowicie, do Karachi, Lahore, Delhi, Jajpur, Agra, Bombaju i zwiedzi szpitale: Lady Dufferins Hospital w Karach, Lady Hardings Medical College and Hospital w Delhi, Eye Hospital w Agra i Arthur Road Hospital w Bombaju.

Koledzy (z wszystkich krajów), którzy pragną się przyłączyć, otrzymają bliższe informacje na pisemne zapytanie pod adresem: Aerztliche Auslandsstudienreisen, Wiedeń (Wien) I., Biberstrasse 11. I. Stock, Tür 6.

Poradnik językowy. W sprawie tego wydawnictwa otrzymujemy następujące pismo:

W społeczeństwach oświeconych poszanowanie języka narodowego i troska o jego poprawność należą do obowiązków i zadań pierwszorzędnych; wyrazem zaś tych dążności, oprócz nauki szkolnej, są stale wydawane pisma sprawom językowym poświęcone i wśród szerokich warstw rozpowszechnione.

U nas od lat 24-ch wychodzi również miesięcznik p. n. „Poradnik językowy", mający na celu szerzenie znajomości języka polskiego i jego poprawności, wydawany starannie przez Romana Zawilińskiego, zasłużonego pedagoga i byłego dyrektora gimnazjum w Krakowie. W 24-ch rocznikach tego „Poradnika" mieści się obfity zasób pouczających rozprawek, objaśniających różne zjawiska językowe, wiele uwag, zapytań i odpowiedzi w sprawach językowych, nastręczających pewne wątpliwości. Uwagi i wyjaśnienia podawane są tam w formie przystępnej i dla szerszych kół czytelników zrozumiałej. Każdy zeszyt „Poradnika" zawiera zajmujące przyczynki do głębszej znajomości języka ojczystego. Widoczne to i w ostatnich 5-ciu zeszytach tegorocznych „Poradnika".

Wydawnictwo to, bezwarunkowo pożyteczne, nie jest jednak, w ostatnich czasach, szerszemu ogółowi dość znane i należycie rozpowszechnione; nie ma też dostatecznej liczby przedpłacicieli, ażeby dalej pożyteczną swą działalność prowadzić i rozwijać mogło. Byt jego obecnie jest zagrożony. Do pokrycia kosztów wydawnictwa potrzeba conajmniej 600 przedpłatników, a jest ich tylko 453. Dla podtrzymania więc pisma chodzi o zwiększenie liczby przedpłacicieli o półtorej setki. A podtrzymać je i dalszy jego byt zabezpieczyć koniecznie należy. Oprócz licznych szkół, które już w znacznej (choć niedostatecznej) liczbie „Poradnik" prenumerują, skuteczny również udział w poparciu pisma wziąć mogą różne Związki i Stowarzyszenia prywatne oraz Ministerja rządowe, gdzie tysiące pracowników mają do czynienia z językiem piśmiennym i spotykają się nieraz z pewnemi wątpliwościami, których wyjaśnienia w owym „Poradniku" znaleść mogą.

Oprócz tej bezpośredniej i niewątpliwej korzyści, jaką każdy czytelnik „Poradnika" z jego treści odnosi, jest jeszcze drugi czynnik, do poparcia pisma skłaniający, mianowicie niedopuszczenie do tego, by pismo, sprawom języka polskiego poświęcone, istnieć dzisiaj przestało!

Nie możemy zapomnieć o tej uznanej prawdzie, że język staranny i poprawny, to jedno z jaśniejących znamion cywilizacji narodu.

Adam Ant. Kryński Prof. Uniw. (Warszawa).

Rok w szpitalu, a potem praktyka lekarska. Departament służby zdrowa przygotowuje rozporządzenie, mocą którego każdy lekarz po ukończeniu studjów musi odbyć roczną praktykę w szpitalu, zanim zostanie upoważniony do odbywania wolnej praktyki.

Piekącą sprawę przedstawia także unormowanie prawa praktyki w uzdrojowiskach, poruszaną już nawet publicznie na Walnych Zebraniach Towarzystwa Balneologicznego, m. in. przez p. Dra Wróblewskiego, naczelnika wydziału wojew. Krakowskiego. Unormować jej niestety nie można tak długo, jak długo studenci medycyny i młodzi lekarze nie będą mogli kształcić się zupełnie szkolnym uniwersyteckim sposobem w zakresie fizjoterapji elementarnej.

Z Kasy Chorych. Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej w zrozumieniu lecznictwa oraz konieczności zreorganizowania tegoż w Kasach Chorych zdecydowało powołać do Głównego Urzędu Ubezpieczeń lekarza do spraw, związanych z tą reorganizacją. Na stanowisko to został powołany przez p. Ministra dr. Tadeusz Milewski, b. starszy asystent 2-ej kliniki chorób wewnętrznych (Prof. Rzętkowski) i obecny kierownik centralnego laboratorjum Szpitala Św. Ducha.

Komitet Wykonawczy VII Powszechnego Zjazdu Higjenistów Polskich, który się odbędzie w Inowrocławiu w dniu 4 i 5 września 1929 r. i bedzie poświęcony zdrojowiskom i uzdrowiskom polskim, prosi o jaknajszerszy udział w Zjeździe, w każdym razie o delegowanie swych przedstawicieli.

Towarzystwo lekarskie Horwacji, Sławonji i Międzymorza w Zagrzebiu zamianowało Profesora Dr. Antoniego Gluzińskiego swoim członkiem honorowym.

Ze świata.

Association Française de Pédiatrie ogłasza, że VI Kongres pedjatrów francuskich odbędzie się w Paryżu w czasie od 30. IX. do 2. X. r. b. Tematy główne: 1) Obrzęki u niemowląt, 2) Śmierć nagła i nieprzewidziana podczas zabiegów operacyjnych na niemowlętach i 3) Żółtaczka noworodków.

Przewodniczący Zjazdu — M. H. Barbier, Sekretarz generalny, który przyjmuje zapisy i udziela informacyj — M. L. Ribadeau-Dumas, 61 rue de Ponthieu, Paris.

Nowe prawo o pozbawianiu zdolności płodzenia w kantonie Waadt w Szwajcarji (3/IX 1928). Art. 1. Prawo to dotyczy wszystkich tych osób, które są umysłowo-chorzy, cierpią na osłabienie władz psychicznych lub są morfinistami, kokainistami lub alkoholikami, o ile stan ich wymaga opieki i są oni niebezpieczni dla siebie samych lub otoczenia.

Art. 2. W przypadkach nieuleczalnych schorzeń psychicznych, gdy istnieje wszelka pewność, że potomstwo będzie chore, może być dokonany zabieg lekarski w celu pozbawienia płodności. Tego rodzaju zabieg będzie wykonanym na podstawie zgodnego orzeczenia dwóch przez radę lekarską wyznaczonych lekarzy i po przyzwoleniu tejże rady. Monatschrift f. Kriminalpsychlogie. 20 Bd.

Redakcja otrzymała:

Le monde médical, nr. 753, 1-co août 1929.

Dziennik Urzędowy Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej, nr. 8, z 1 sierpnia 1929.

Bureau international du travail: Bibliographie d'hygiène industrielle". Vol. III. Nr. 6, juin 1929.

Włodzimierz Mikułowski: „Portussis-encephalitis im Kinderalter". Odb. Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. CXXIV, 1929.

Włodzimierz Mikułowski: Ueber seltene Bauchtyphuskomplikationen bei Kindern." Odb. z Schweizerische medicinische Wochenschrift, nr. 19, z r. 1929.

Włodzimierz Mikułowski: „Biegunka śmiertelna z melanodermją i porfirynurją u oseska". Odb. z Medycyny Warszawskiej, nr. 17—18 z r. 1929.

Włodzimierz Mikułowski: Ein Beitrag zur „geschlossenen" Tuberkulose bei Kindern". Odb. Zeitschrift f. Tuberculose z r. 1929.

Włodzimierz Mikułowski: „Die therapeutische Anwendung des Sauerstoffes in der Kinderklinik". Odb. z Wiener Klinische Wochenschrift, nr. 32, z r. 1929.

Władysław Medyński: „O leczeniu elektrycznością". Biblioteka Okr. Związku Kas chorych w Krakowie. Tom V, Kraków, 1929.

W. Bujak: „Odżywianie dziecka", Biblioteka Okr. Związku Kas chorych w Krakowie. Lekarz praktyk, zeszyt V, serja I.

Instrukcja w sprawie dokonywania przez Kasę chorych rozrachunku ze Skarbem Państwa z tytułu udzielanych przez Kasę chorych świadczeń. Bibljoteka Związku Kas chorych w Krakowie, tom XIX.

M. Stawiński: „Rola medycyny zapobiegawczej w lecznictwie". Bibljoteka Okr. Związku Kas chorych w Krakowie. Lekarz praktyk, zeszyt VI. serja I.